

اضطراب التوحد

تقديم

أ.د. زينب محمود شقير

إعداد

محمد سيد موسى



مكتبة الأنجلو المصرية

اضطراب التّوحد

تقديم

أ.د. زينب محمود شقير

أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة طنطا

إعداد

محمد سيد موسى



مكتبة الأنجلو المصرية

بطاقة فهرسة

فهرسة أثناء النشر إعداد الهيئة المصرية العامة لدار الكتب والوثائق
القومية ، إدارة الشئون الفنية .

موسى ، محمد سيد .

إضطراب التوحد / إعداد : محمد سيد موسى ، تقديم : زينب

محمود شقير - ط ١ . -

القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية ، ٢٠٠٧

١٧٣ ص ، ١٧ × ٢٤ سم

١- الأطفال المعوقون أ- شقير ، محمود (مقدم)

٢- الأطفال المعوقون - رعاية وعلاج ب- العنوان

رقم الإيداع : ١٥٥٤

ردمك : ٩٧٧-٠٥-٢٢٢١-٠٠ تصنيف ديوى : ٣٦٢,٤

المطبعة : محمد عبد الكريم حسان

الناشر : مكتبة الانجلو المصرية

١٦٥ شارع محمد فريد

القاهرة - جمهورية مصر العربية

ت : ٣٩١٤٣٣٧ (٢٠٢) ؛ ف : ٣٩٥٧٦٤٣ (٢٠٢)

E-mail : angloebs@anglo-egyptian.com

Website : www.anglo-egyptian.com

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"الرَّحْمَنُ (١) عَلَّمَ الْقُرْآنَ (٢) خَلَقَ الْإِنْسَانَ (٣) عَلَّمَهُ الْبَيَانَ (٤)"

صدق الله العظيم

(سورة الرحمن، الآيات: ١-٤)

إهداء

إلى روح والدي الطاهرة في أكرم جوار ...
إلى والدي الحبيبة متعها الله بالصحة والعافية ...
إلى زوجتي الفاضلة ...
إلى أبنائي الأعزاء / هند وأحمد ...

المحتويات

١١	..... تقديم أ. د. زينب شقير
١٣	..... تقديم المؤلف

الفصل الأول

البدايات التاريخية لدراسة اضطراب التوحد

١٩	..... Historical Start بدايات دراسة اضطراب التوحد
٢٢	..... التطور التاريخي لدراسة التوحد

الفصل الثاني

مفهوم التوحد Concept

٢٧ مفهوم التوحد
----	--------------------

الفصل الثالث

مدى شيوع وانتشار الاضطراب

٤٣ مدى شيوع وانتشار الاضطراب
----	---------------------------------

الفصل الرابع

الأسباب Causes

٥٣	..... أسباب التوحد
٥٣	..... ١ - عوامل نفسية واجتماعية Psycho and Social Factors
٥٦	..... ٢ - عوامل جينية وراثية Genetic Factors
٦٠	..... ٣ - عوامل بيئية، عصبية، كيميائية

الفصل الخامس

الأعراض Symptoms

٦٩	..... الأعراض العامة
٨٢	..... أولاً: الأعراض المميزة خلال الشهور الستة الأولى التالية للولادة
	..... ثانياً: الأعراض المميزة للطفل التوحدي في النصف الثاني من العام
٨٢	..... الأول من عمره
٨٣	..... الخصائص العامة للأطفال التوحديين أو خصائص الطفل التوحدي
٨٣	..... Social Characteristics الخصائص الاجتماعية
٨٦	..... Locomotors Characteristics الخصائص الحركية

٨٦	..... Behavioral Characteristics الخصائص السلوكية
٨٧	..... Linguistic Characteristics الخصائص اللغوية

الفصل السادس

التشخيص Diagnosis

٩١	..... التشخيص
٩٦	..... Medical Assessment التقييم والتشخيص الطبي
٩٦	..... Traditional Psychological Assessment القياس والتقييم النفسي التقليدي
٩٦	..... Behavioral Assessment التقييم السلوكي
١٠٦	..... أولاً: محكات تشخيص التوحد كما جاءت في (DSM-III)
١٠٧	..... ثانياً: محكات التشخيص كما وردت في (DSM-III.R)
١٠٨	..... ثالثاً: تشخيص الاضطراب التوحد طبقاً (DSM-IV)
	..... رابعاً: محطات تشخيص التوحد كما جاءت في الدليل الطبي العالمي لتصنيف الأمراض في طبعته العاشرة (ICD-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) WHO
١٠٩	.....

الفصل السابع

صعوبات التشخيص والتشخيص الفارق

١١٧	..... التشخيص الفارق
١١٨	..... Autism and Mental Retardation التوحد والتخلف العقلي
١٢٦	..... Autism & Schizophrenia التوحد والفصام
١٢٩	..... Autism and Learning Disability التوحد وصعوبات التعلم
١٣٠	..... Rette s Disorder التوحد واضطراب أو زملة ريت
١٣٣	..... Asperger s Syndrome or Disorder اضطراب أو زملة اسبرجر
١٣٦	..... Childhood Disintegrative Disorder التوحد واضطرابات الطفولة التحللية
١٣٦	..... PDD-NOS التوحد والاضطراب النمائي غير المحدد في مكان آخر
١٣٧	..... Fragile X Chromosome التوحد وكروموزوم اكس الهش
١٣٨	..... Stereotyped Movement Disorder التوحد واضطراب الحركة النمط
١٣٨	..... التوحد واضطرابات التواصل
١٣٨	..... ١- التوحد والإعاقة السمعية Hearing Impairment
١٤١	..... ٢- التوحد واضطرابات اللغة والكلام Communication Disorder
١٤١	..... ٣- التوحد وإعاقات التخاطب
	..... ٤- اضطرابات اللغة الاستقبالية التعبيرية المختلط
١٤٢	..... Receptive - Expressive Language Mixed Disorder

- ١٤٣ ٥- التوحد والحبسة أو عسر الكلام الإنمائي (الديسلكسيا Dyslexia)
- ١٤٣ ٦- التوحد والصمت الاختياري Elective Mutism

الفصل الثامن

أساليب التدخل والبرامج التدريبية

- ١٤٨ التدخل النفسي Psycho Intervention
- ١٤٨ العلاج بالموسيقى Music Therapy
- ١٤٩ العلاج البيئي Environmental Therapy
- ١٥٠ التدخل الطبي Medical Intervention :
- ١٥٠ أ - العلاج الدوائي (الكيميائي) Chemical Treatment
- ١٥٢ ب- العلاج بالصدمات الكهربائية
- ١٥٢ ج- الرجيم (الحمية الغذائية)
- التدخل السلوكي Behavior Therapy
- ١٥٢ (تعديل السلوك Behavior Modification)
- ١٥٤ برامج التدخل العلاجي والتأهيلي لأطفال التوحد
- ١٥٤ برنامج العلاج بالحياة اليومية Daily life therapy
- برنامج دينفر للعلوم الصحية
- ١٥٥ The Denver Health Sciences Center program (DHSCP)
- ١٥٥ برنامج الاستجابة المحورية Pivotal Response
- ١٥٥ برنامج ايدن Eden Program
- برنامج لوفاس (١٩٨٧) الطفل التوحدي الصغير
- ١٥٦ Ucl , young Autistic Program (YAP)
- ١٥٦ برنامج معالجة وتعليم أطفال التوحد (TEACH)
- ١٥٦ برنامج خبرات التعليم Learning Experience (LEAP)
- ١٥٦ برنامج تحقيق التواصل بنظام تبادل الصور (PECS)
- ١٥٧ جداول النشاط المصورة Photographic Activity Schedule
- ١٦١ المراجع

تقديم الأستاذ الدكتور/ زينب شقير

تعد فئة التوحد (Autism) بمثابة إحدى فئات التربية الخاصة، والتي أخذت تتزايد نسبتها في الآونة الأخيرة، الأمر الذي يورق كل القائمين على رعاية تلك الفئة، وإذا كان هناك إسهام ومساندة لتلك الفئة فيعد هذا المرجع من أهم الإسهامات التي تقدم لها، فهو يمثل الخطى التي يمكن أن تسير عليها الأم، والأب، والباحثين، والقائمين على رعاية هذا الطفل التوحدي، ذلك لما يتضمنه من معلومات ومعارف عن شخصية هذا الطفل وخصائصه، كما ينير الطريق لتشخيصه بدقة من خلال أساليب متنوعة وردت باستفاضة في هذا المرجع، إضافة لما يقدمه المرجع من تحذيرات ونصائح عن أساليب انتشاره الأمر الذي يستوجب تجنب حدوثه من البداية بقدر الإمكان، ثم يوضح هذا المرجع كل ما يمكن أن نقدمه للطفل التوحدي من أساليب الرعاية والتنمية والتدريب لبعض المهارات الهامة التي تساعد على أن يعتمد على نفسه بعض الشيء، والتي تسهم في تخفيف الأعباء والمسئوليات تجاهه من قبل الوالدين والقائمين على رعايته.

وقد بذل المؤلف جهدا مشكورا في إعداد وإخراجه، ونتمنى له مزيدا من التوفيق.

أ.د/ زينب شقير

أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة طنطا

تقديم المؤلف

تعتبر الإعاقة قدرا من الله سبحانه وتعالى، وقد تصيب أي أسرة في أي وقت وقد يخلط البعض بين القصور العقلي (Mental Retardation) والجنون (Schizophrenia or Psychosis) ولو أسرة بها أحد من هؤلاء قد لا يتزوج منها أحد، وقد لا يقترب منها أحد وقد تكره الأم طفلها لذلك.

الإعاقة تخلف أثارا نفسية لا توصف، و تسلب من الحياة كل ما هو جميل وفي بعض الأحيان لا نجد أمامنا طريق إلا تقوية الوازع الديني.

ولكن الإعاقة ليست نهاية الدنيا! الإعاقة عجز Disability ولكنه عجز جزئي وليس مطلق لأنه ليس بالضروري أن تؤدي الإعاقة إلى عجز مطلق، بالعكس قد يكون الإنسان عاديا وعاجز (كل مهيا لما خلق له) فلا يوجد إنسان يستطيع عمل كل شيء ولا يوجد إنسان لا يستطيع عمل شيء، هو في النهاية يستطيع عمل شيء؛ القصور الجسمي أو الحسي Sensory or Physical قد يكون موجود ولكن آثاره غير موجودة والعكس صحيح، فكرة الأقوى يجب أن يسود فكرة مشكوك فيها ففي كل قوة ضعف وفي كل ضعف قوة.

في قضية الإعاقة Handicap والمعاقين نحن أمام مشاكل كثيرة يجب أن نتعامل معها على أنها مشكلة فريق عمل Team work على رأسه ومن أولى اهتماماته الأسرة وبالأخص الأم فهي مصدر المعلومات الغزير جدا للطفل، لأنه أحيانا البيئة والوالدين تعلم العجز للإنسان فهناك بيانات متعددة التعويقات Multi impairment فالإعاقة ظاهرة اجتماعية يصنعها المجتمع Made in society (فنحن نولد في المجتمع ونولد والمجتمع فينا).

المجتمع نفسه ممكن يقوم بعمل مجموعة من المواءمات الاجتماعية والبيئية (حجرات - حمامات مهياة لهم - أندية - دور سينما - ملاهي ووسائل ترفيه) بحيث يتكيف الطفل المعاق في المجتمع، يجب علينا أن نحترم ونعترف بخصوصية هذا الشخص، الاتجاه العام حاليا أننا جميعا نولي احتياجات خاصة Special needs لابد أن ننظر للعملية على أنها عملية متعددة الأوجه الإعاقة عملية اجتماعية - اقتصادية - ثقافية - سياسية - دينية - أخلاقية، الإعاقة كيان بشري متكامل. الإعاقة شيء نستطيع أن نتغلب عليه إذا آمنا بقدرة الإنسان على صنع المعجزات.

المؤلف



الفصل الأول

البدايات التاريخية لدراسة اضطراب التوحد

الفصل الأول

البدايات التاريخية لدراسة اضطراب التوحد

مقدمة Introduction :

إن حركة التربية الخاصة Special Education والتأهيل Rehabilitation كملحمة إنسانية مرت بفترات من العصور التي تفاعلت خلالها مع الجهود الإنسانية Human Efforts والعقول البشرية، فأخرجت لنا المراحل الأربعة التي نعرفها جميعاً، وهي الانتقال من مرحلة الإهمال والغموض إلى مرحلة الرعاية الإنسانية الخيرة، ثم الرعاية العزلية المتخصصة أو الشبيهة بالمتخصصة، وفي النهاية تأتي مرحلة الدمج Conflation والتكامل مع مجتمع العاديين، وقد بدأت الجهود الإنسانية موجهة إلى المريض أو المسبب، ثم انتقلت إلى الفرد غير العادي Exceptional أو الشاذ Abnormal وأشباهه من غير العاديين، ثم أخيراً إلى الإنسان المواطن الذي لديه إعاقة (فاروق صادق، ٢٠٠٤).

ويعتبر القرن العشرين بحق هو البداية الحقيقية لإرساء قواعد ثابتة لرعاية فئات المعوقين وبالتحديد في أعقاب الحربين العالميتين الأولى والثانية وما خلفته هذه الحروب من أعداد هائلة من العجزة وأصحاب العاهات وما صاحبها من مفاهيم إنسانية حديثة غيرت من شعارات (القوة والبقاء للأصلح) والتي كانت سائدة من قبل كما ظهرت اكتشافات حديثة كشفت النقاب عن الكثير من طبيعة الإنسان وسلوكه Behavior وحياته النفسية والعقلية والاجتماعية (عطيات ناشد وآخرون، ١٩٦٩).

وتمثل ظاهره الإعاقة بوجه عام مشكلة خطيرة في أي مجتمع، تعمل على إعاقة مسيرة التنمية فيه ومن هذا المنطلق تتمثل إحدى مؤشرات حضارة الأمم وارتقائها في مدى عنايتها بتربية الأجيال بمختلف فئاتها وهو ما يتجلى بوضوح في العناية التي يتلقاها الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة Special Needs وتوفير فرص النمو الشامل مما يعدهم للانخراط في المجتمع، وإلى جانب ذلك تعد رعاية المعاقين Exceptional بمثابة مبدأ إنساني Human Principle وحضاري نبيل يؤكد على حقوق المعاقين ويعمل على إتاحة الفرص المناسبة لهم حتى يتسنى لهم الاندماج Involvement مع الآخرين بدرجة معقولة، وتعد فئات الإعاقة العقلية Mental Retardation ومنها اضطراب التوحد Autism في مقدمة الفئات ذوي الاحتياجات الخاصة، وتمثل مشكلة من المشكلات الاجتماعية الخطيرة، حيث يعد الأطفال

المعاقين عقليا أقل قدرة على التكيف Maladaptation وأقل قدرة على التصرف في المواقف الاجتماعية المختلفة والتعامل مع الآخرين، وعلى ذلك فإن رعاية هؤلاء الأطفال لا تقف عند حد إلحاقهم بالمدارس الخاصة بهم فحسب بل تمتد إلى مساعدتهم على تحقيق الأداء التكيفي في المواقف الحياتية المتعددة من خلال أدائهم الوظيفي المستقل Skills of Independent Behavior الذي يعتمدون فيه على أنفسهم، وفي هذا الإطار تبدو المشكلة بالنسبة للأطفال التوحديين أكثر خطورة لأنهم لا ينتقلون أي خدمات منظمة ومقصودة كما لا توجد مدارس أو جمعيات خاصة بهم على مستوى البلدان العربية بل في أغلب الأحيان يتم إلحاقهم بمدارس التربية الفكرية حيث يتم تشخيصهم على أنهم متخلفون عقليا، أما المراكز التي تعتني بهم فهي نادرة جدا أو تعتمد في الغالب على الجهود الأهلية (عادل عبدالله، ٢٠٠٢ - أ).

وتتمثل الصورة التي كثيراً ما تقدم لوصف إعاقة التوحد في صورة طفل جميل مسجون في قفص زجاجي، وطوال عدة عقود تمسك آباء كثيرون بهذه الصورة على أمل أن تظهر وسيلة ما تكسر هذا الحاجز الخفي وقد أعلن عن عدة طرق لعلاج هذه الظاهرة إلا أنه لم يتأيد أي منها بالبرهان ويبقى القفص قائماً لا يمس والآن يبدو أنه قد آن الأوان لتحطيم هذه الصورة بأكملها وعندها سيمكننا أن نلقى نظرة على حقيقة عقول الذين يعانون من اضطراب التوحد، ولقد بينت البحوث والدراسات النفسية والفسولوجية أن الأفراد التوحديين Autistic لا يعيشون في عوالمهم الداخلية الغنية بل إنهم على عكس ذلك ضحايا نقص بيولوجي يجعل عقولهم شديدة الاختلاف عن عقول الأفراد العاديين (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٢).

ويرى نيوسوم (Newsom ١٩٩٨) أنه على الرغم من أن بعض الأطفال التوحديين يظهرون بعض التحسن فإن الغالبية منهم يستمرون على إعاقاتهم الشديدة خلال مرحلة المراهقة ويظلون غير قادرين على العناية الكاملة بأنفسهم ما لم توجد هناك تدخلات مبكرة تهدف إلى تقديم الرعاية المناسبة لهم (عادل عبدالله، ٢٠٠٢ - ب).

وعلى هذا الأساس يعد توفير الرعاية النفسية والإرشادية للأطفال التوحديين كغيرهم من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة واجباً من واجبات المجتمع نحو مجموعة من أبنائه لم تتل حظها من الرعاية والاهتمام حتى يصبح بإمكانهم تحقيق مستوى مقبول من الصحة النفسية والتوافق النفسي Adjustment من جراء تقديم البرامج التربوية Educational programs الخاصة لهم سواء كانت تلك البرامج

تدريبية Training أو إرشادية Counseling أو علاجية Therapeutic إذ تمثل تلك البرامج شكلاً أساسياً من أشكال الرعاية النفسية والتربوية المخططة التي تهدف إلى إكساب مثل هؤلاء الأطفال أساليب واستراتيجيات وطرائق السلوك التكيفي Adaptive Behavior ومن ثم تساهم في مساعدتهم على الانخراط في المجتمع (عادل عبدالله، ٢٠٠٢ - أ)

بدايات دراسة اضطراب التوحد Historical Start

لقد عانى الإنسان في تاريخه الطويل على كوكب الأرض من العديد من حالات الإعاقة ومن بينها ما نطلق عليها اليوم إعاقة التوحد أو Autism الذي كان قديماً يُعتبر من حالات الاضطراب العقلي Mental Disorder أو الفصام الطفولي Childhood Schizophrenia أو الصمم والبكم Deaf - Mute أو غيرها، حتى اكتشفها الطبيب النفسي الأمريكي كانر Kanner عام ١٩٤٣ من بين مجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً الذين يتعامل معهم، حيث تميز أحد عشر طفلاً منهم بأعراض مختلفة عن الأعراض المعروفة للتخلف العقلي آنذاك وظل ينظر إليها على إنها قريبة الشبه بحاله الفصام Shezophrania برغم أنه لم يكن من بين أعراضها مظاهر الهلوسة أو التهيؤات التي تعتبر أحد الأعراض المميزة للفصام، لذا اعتبرت بعد ذلك فئة إعاقة مختلفة عنه، أطلق عليها مصطلح اضطراب التوحد وبدأ اهتمام الدوائر النفسية بدراستها وإجراء البحوث عليها على مستوى العالم (عثمان فراج، ٢٠٠٢).

ومن الناحية التاريخية استخدم مصطلح إعاقة التوحد في البداية في ميدان الطب النفسي عندما عرف الفصام في مرحلة الطفولة، وفي ذلك الوقت كان يستخدم مصطلح الذاتوية "إعاقة التوحد" كوصف لصفه الانسحاب لدى الفصامين، ثم بعد ذلك أصبح يستخدم كاسم للدلالة على اضطراب الذاتوية "إعاقة التوحد" بأكمله (Biklen , 1993).

ويذكر عبد العزيز الشخص (٢٠٠٣) أن مصطلح التوحد الطفولي Infantile Autism ظهر لأول مرة عام ١٩٤٣ وذلك في بحث نشره الطبيب النفسي الأمريكي ليو كانر Leo Kanner ومنذ ذلك الحين أجريت عشرات الدراسات في محاولة لتحديد ماهية هذا الاضطراب المعقد سواء من حيث أعراضه، أو خصائصه أو طريقة حدوثه أو أسبابه أو أساليب علاجه.

ومنذ أن أشار كانر إلى هذا الاضطراب استخدمت مصطلحات مختلفة مثل توحد الطفولة المبكر Early Infantile Autism أو Early Childhood Autism ذهان الطفولة Childhood Psychosis، نمو غير سوى Atypical Development ونمو أنا غير سوى Atypical Ego Development ويرى عبد الرحيم بخيت (١٩٩٩) أن هذه المصطلحات تعكس التطور التاريخ للتوحد واختلاف اهتمامات وتخصصات المهتمين بهذا الاضطراب.

ولاحظ كانر أن هؤلاء الأطفال يتميزهم استغراقهم المستمر في انغلاق كامل على الذات والتفكير المتميز بالاجترار الذي تحكمه الذات أو حاجات النفس وتبعدهم عن الواقعية، بل وعن كل ما حولهم من ظواهر أو أحداث أو أفراد، ولو كانوا أبويه أو أخوته فهم دائمو الانطواء Introverting والعزلة، لا يتجاوبون مع أي مثير بيئي في المحيط الذي يعيشون فيه كما لو كانت حواسهم الخمسة قد توقفت عن توصيل أي من المثيرات الخارجية إلى داخلهم التي أصبحت في حاله انغلاق تام وبحيث يصبح هناك استحالة لتكوين علاقة مع أي من حولهم كما يفعل غيرهم من الأطفال، وحتى المتخلفين عقليا منهم (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٢).

كما يشير محمد قاسم (٢٠٠١) أن مصطلح التوحد الطفولي ومرادفاته مثل: توحد مرحلة الطفولة Childhood Autism، التوحدية أو الذاتوية الطفولية Infantile Autism، والطفل التوحدي أو الذاتوي Autistic Child مقبولة لدى العديد للإشارة إلى هذه الحالة المرضية من اضطرابات النمو المنتشرة Developmental Disorder Pervasive، أما مصطلح النمو غير النمطي Atypical Developmental فتستعمل لوصف المرضى الذين تكون عندهم الأعراض أقل خطورة وأقل شدة، أما مصطلح الذهان التكافلي Symbiotic Psychosis فيستعمل لوصف الأطفال الذين تكون علاقاتهم بالآخرين سطحية بالمقارنة مع علاقات التوحديين، أما مصطلح المتخلف الكاذب (أو شبه المتخلف) Pseudo-Retarded فيستعمل حين يتم التشديد على التشخيص الفارق بين التخلف العقلي والتوحد الطفولي والمتخلف عقليا بيدي عجزا في التواصل وفي تكوين علاقات مع المهمات والموضوعات وقد تبين أن أكثر الأطفال التوحديين هم متخلفون عقليا، أما المصطلح الأكثر عمومية ولكنه أقل تحديدا وتعريفا هو الذهان الطفولي Infantile Psychosis ومرادفه هو ذهان مرحلة الطفولة Childhood Psychosis الذي يستخدم بشكل واسع، ومنذ الوقت الذي وصفت فيه الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين اللوحة التشخيصية الإكلينيكية للاضطراب في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث والثالث المعدل للأمراض

النفسية (DSM-III.R) وذلك في عامي (١٩٨٠، ١٩٨٧) على التوالي معتبرة أنه اضطراب في النمو (اضطراب نمائي Developmental Disorder)، لم يعد ينظر إلى الاضطراب على انه ذهان، كما لم يعد ينظر إلى أعراض التوحد والذهان أنهما مترادفان.

ولقد تتبع مارشيون (Marchionne 1982) الدراسات التي تناولت موضوع التوحد Autism منذ عام ١٩٠٦ وذلك للتعرف على الاضطرابات العقلية والاجتماعية والانفعالية المصاحبة لهذا المرض، وأوضحت أن أول من تكلم عن هذا المفهوم هو بليولر (Bleuler ١٩٠٦) ثم نيل وجلوسرى (Neil & Glessary وبعد ذلك كانر (Kanner ١٩٤٣) يليه اسبرجر (Asperger ١٩٤٤) وهؤلاء العلماء ركزوا على الناحية الجينية Genetic من تاريخ العائلة وأهم ما يميز هذا المرض هو الخلل العقلي.

وتتابع الاهتمام باضطراب التوحد، حيث اهتم كل من بندر (Bender ١٩٤٧) وديسبنت (Despent وماهليير Mahler ثم وولبرج (Wollberg ١٩٦٧) وهؤلاء الباحثون ركزوا على الأعراض النفسية المتصلة بمرض التوحد لدى الأطفال (عمر بن الخطاب خليل، ١٩٩٤).

ثم توالت الدراسات حول موضوع التوحد لدى الأطفال وخاصة فيما يتعلق بخصائص وأعراض هذا المرض ومنها دراسة كوفمان (Kaoufman ١٩٧٦) والذي يحكى فيها عن خبرته الشخصية مع ابنه، ودراسة مايرز وجرسيمان (Meyers & Griesman ١٩٨٦) ودراسة جوردن وبويل (Jordon & Powell وأخيرا دراسة باربير (Barber ١٩٩٦) وهذه الدراسات قدمت محكات تشخيص هذا المرض وكذلك أشارت إلى خصائص مميزة لهذا المرض تجعله يختلف عن صعوبات التعلم Learning Disability أو التخلف العقلي Mental Retardation ومع زيادة الدراسات الخاصة بهذا المرض، بدأ الاهتمام يتزايد بتقديم برامج متخصصة لاكتشاف وعلاج مرض التوحد وخاصة في المراحل الأولى، ويرجع ذلك إلى انتشار افتتاح مدارس خاصة لهؤلاء الأطفال وكانت البداية في اليابان على يد كيتاهارا (Kitahara ١٩٦٤) ودراسة دينلاب وآخرون (١٩٨٨) Dunlap, et al. وتشالين وآخرون (١٩٩٠) Schelein, et al. ودراسة روبنس وآخرون (١٩٩١) Robbins, et al. وأخيرا دراسة واد ومور (Wade & Moore ومعظم هذه الدراسات كانت تركز على أهمية التدخل المبكر لتحسين حالات الأطفال ذوي التوحد من خلال تقديم برامج متكاملة علاجية Therapeutic

وتربوية Educational مع أهمية دمج هؤلاء الأطفال مع أقرانهم العاديين في الحياة العامة والمدرسة والنادي (إسماعيل بدر، ١٩٩٧).

التطور التاريخي لدراسة التوحد :

في السطور القادمة سوف يحاول الباحث عرض الدراسات التي تناولت اضطراب التوحد بداية من مراحلها الوصفية الأولى وحتى وقتنا الراهن.

المرحلة الأولى : يمكن أن نطلق عليها مرحلة الدراسات الوصفية الأولى، وهي تلك الدراسات التي أجريت في الفترة ما بين أواسط وأواخر الخمسينات من هذا القرن، وكان الهدف الذي تسعى إلى الوصول إليه، هو أن يتضح من خلال التقارير وصف سلوك الأطفال التوحديين وأثر هذا الاضطراب على السلوك بصفة عامة، حيث اهتمت تلك الدراسات بالأطفال ذوي "ذهان الطفولة المبكرة" حيث كانت تشخص إعاقة التوحد على إنها إحدى ذهانات الطفولة بالإضافة إلى الأنماط الأخرى من اضطرابات الطفولة، وقد أسفر تحليل نتائج هذه الدراسات التي اشتملت على الكثير من المعلومات إلى الكشف عن كثير من خصائص التوحد غير أنه لوحظ أن عدم التجانس بين المجموعات أو أفراد المجموعات الموصوفة في هذه الدراسات سواء بالنسبة للعمر الزمني أو المستوى العقلي أو أساليب التشخيص أو تفسير الأسباب قد أدى إلى الحصول على القليل من الاستنتاجات والإستخلاصات التي يمكن أن توضع في الاعتبار عند دراسة هذا الاضطراب على المدى الطويل، ويمكن أن نذكر بعض الأسماء التي ساهمت في هذه المرحلة المبكرة بجهودها سواء في القيام بالدراسات أو كتابة التقارير مثل ليوكاير (١٩٥٣) Leo Kanner، هانز اسبرجر (١٩٥٣) Hanns Asperger، وليون ايزنبرج (١٩٥٦) Leon Eisenberg (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٢).

المرحلة الثانية : يشير فيكتور لوتر (١٩٧٨) Victor Lotter إلى أن التقارير المبدئية للآثار الناتجة عن اضطراب التوحد والتطورات المحتملة في القدرات والمهارات لدى الأطفال التوحديين نتيجة التدريب والتي وردت في الدراسات الأولى السابقة الذكر هي قصصية بشكل كبير كما إنها غير منتظمة ولا تعطي صورة واضحة يمكن الاستفادة منها بشكل عملي، إلا أن الدراسات اللاحقة للدراسات الأولى تعد أدق من مثيلاتها الأولى، فعلى سبيل المثال نذكر دراسة مايكل روتر (١٩٦٠) Michael Rutter، ميتلر وآخرين (١٩٦٦) Mittler, et al. (محمد كامل، ١٩٩٨).

المرحلة الثالثة : ويشار إليها في أدبيات البحث النفسي في مجال إعاقة التوحد بأنها شهدت تياراً ثابتاً من التقارير المتتابة والكثيرة في مجال دراسات موضوع اضطراب التوحد، إلا أن أغلب هذه البحوث والدراسات قد ركزت على أكثر الأفراد التوحديين من ذوي الأداء العالي أو ذوي المستويات العالية في القدرات العقلية وتجدر الإشارة إلى أن هذه الفترة استغرقت عقد الثمانيات وبداية التسعينيات، ومن الأسماء التي برزت في هذه المرحلة على سبيل المثال لا الحصر شونج ولي (١٩٩٠) Chung & Lee، جيلبرج وستيفنبرج (١٩٨٧) Gillberg & Steffenberg، كوباياشي وآخرون (١٩٩٢) Kobayahi, et al. والمتتبع لنتائج تلك الدراسات يمكن أن يلاحظ إنها ما زالت وصفية وغير دقيقة إلى حد ما، وذلك لاهتمامها ببعض السلوكيات المحدودة، وبعض الاتجاهات المحدودة في جمع المعلومات مثل تقارير الآباء عن مدى كفاءة أبنائهم في القيام بأدوارهم والتي من الممكن أن تكون غير دقيقة ولا تعكس موقفهم الحقيقي، بل يمكن أن نضيف أن أساليب تشخيص حالات التوحد في المراحل الباكرة لاكتشاف زملة أعراضها لم تكن مرضية دائماً، في حين أن التأكيد المستمر على الأساليب الحديثة أو المستخدمة في التشخيص كان هو المطلوب دائماً (عبدالرحمن سليمان، ٢٠٠٢).



الفصل الثاني

مفهوم التوحيد Concept

الفصل الثاني

مفهوم التوحد Concept

يعد اضطراب التوحد بمثابة اضطراب نمائي عام أو منتشر Pervasive Developmental Disorder ويستخدم مصطلح الاضطراب النمائي العام أو المنتشر في الوقت الراهن للإشارة إلى تلك المشكلات النفسية الحادة التي يبدأ ظهوره خلال مرحلة المهد، ويتضمن مثل هذا الاضطراب قصورا حادا في نمو الطفل المعرفي والاجتماعي والانفعالي والسلوكي مما يؤدي بطبيعة الحال إلى حدوث تأخر عام في العملية النمائية بأسرها، إذ يرجع تسمية هذا الاضطراب بالمنتشر أنه يترك آثارا سلبية متعددة على الكثير من جوانب النمو المختلفة (عادل عبدالله، ٢٠٠٢- ب).

ويعود مصطلح التوحد إلى أصل كلمة إغريقية تعني أوتوس Autos وهي تعني النفس أو الذات (Roeyers, 1995).

ويطلق أحمد عكاشه (١٩٩٢) على إعاقة التوحد اسم الذاتوية الطفولية Childhood Autism ويعرفها بأنها نوع من الاضطراب الارتقائي المنتشر يدل على وجوده

١- نمو أو ارتقاء غير طبيعي أو مختل يتضح وجوده قبل عمر الثلاث سنوات

٢- نوع مميز من الأداء غير الطبيعي في المجالات النفسية الثلاث الآتية:

أ - التفاعل الاجتماعي Social Interaction.

ب- التواصل Communication.

ج- السلوك المحدد والمتكرر Stereotyped Behavior.

بالإضافة إلى هذه السمات التشخيصية المحددة، يشيع وجود مشكلات أخرى متعددة وغير محددة مثل: الرهاب (المخاوف المرضية Phobia) واضطرابات النوم والأكل Sleeping and Eating Disorder ونوبات هياج، والعنوان الوجه نحو الذات.

ويطلق عليه ارنوف ويتنج (١٩٧١) ذهان الطفولة المبكرة Infantile Autism ويعرفه بأنه أحد أساليب السلوك للذهاني الذي يصنف كنموذج مستقل من نماذج الشخصية الشاذة، يظهر لدى الأطفال تحت سن العاشرة.

ويعرفه ماكدونالد (1972) Macdonald على أنه الاستغراق في التخيل المباشر للأفكار والرغبات مع لفتقاد التواصل مع الواقع.

ويطلق عليه إبراهيم مذكور (١٩٧٥) الاجترار الذاتي أو الاجترار العقلي ويرى أنه اصطلاح يستخدم في الطب النفسي وعلم النفس للإشارة إلى أسلوب من الخبرة والتفكير والحياة النفسية، يحل فيها الواقع النفسي محل الواقع المادي، وتقوم فيه المشاعر الوجدانية والحاجات الفردية Individual Needs الذاتية Self مقام الوقائع المادية والصلات الواقعية.

ويطلق عبد المنعم الحفنى (١٩٧٨) على إعاقة التوحد مصطلح الانشغال بالذات ويقرر أنه مصطلح يقصد به إحدى السمات الأولية للفصام، والانشغال بالذات أكثر من العالم الخارجي. والانشغال بالذات من وجه نظره هو حركة العملية المعرفية في اتجاه إشباع الحاجة، فيفكر الجائع في الطعام والمسافر في الماء، ويتخيل أنه يرى نبعا عن بعد، ويستعيد العجوز أيام الصبا ويجترها، وتدور أحلام يقظته حول انتصارات بطولية، أما الطفل (الذاتوى) التوحدى أو الأنانى Autistic Child فهو طفل منسحب بشكل متطرف، فقد يجلس الأطفال الذاتوين (التوحيديون) يلعبون لساعات في أصابعهم أو بقصاصات ورق وقد بدا عليهم الانصراف عن هذا العالم إلى عالم خاص بهم من صنع خيالاتهم.

ويشير ريتشارد سوين (١٩٧٩) إلى أن هناك اختلاف بين الباحثين في تناولهم لمفهوم التوحد، لذلك نرى أن مصطلحات "فصام الطفولة" الذاتية "إعاقة التوحد الطفولية" والطفل غير النمطي" قد استخدمت لفترة طويلة وعلى نطاق واسع على أساس إنها متساوية في المعنى بحيث يمكن أن يحل أحدها محل الآخر، وتظل التعريفات مختلطة، بناء على تداخل التصنيف وبالتالي فلا غرابة في أن يستخدم مصطلح الطفل غير النمطي Atypical Child ليشمل عددا من الاختلالات من بينها فصام الطفولة، ثم ينظر إلى الطفل الاجترارى على أنه نوع من فصام الطفولة كما يفعل كانر، في حين يختلف معه باحثون آخرون فيعتبر أن الذاتوي "إعاقة التوحد" مختلفة عن فصام الطفولة أو أن نجد أحد الباحثين يقترح أن نستخدم مصطلح "ذهان الطفولة" بدلا من مصطلحات "الذاتوي" إعاقة التوحد" والطفل غير النمطي لنشير إلى مرض يختلف عن فصام الطفولة.

ويعرف أحمد بدوى (١٩٨٢) التوحد بأنه نوع من التفكير يتميز بالاتجاهات الذاتية التي تتعارض مع الواقع والاستغراق في التخيلات بما يشبع الرغبات التي لم تتحقق.

وقد وضع هوبسون (Hobson 1986) تصورا للتوحد بأنه اضطراب في العلاقات مع الآخرين ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية. ويصف مايرز وجرسمان (Mayers & Grisman 1986) التوحد بأنه اضطراب غريب وأغرب ما فيه أنه تحت ملامح هادئة ويظهر أحيانا أخرى عبر صراخ وضجيج وكلمات غير مفهومة وحركات بهلوانية كما أنه غريب لأنه يصيب الذكور أكثر من الإناث ولأنه لا يحدث إلا في الطفولة المبكرة. ويطلق عادل الأشول (١٩٨٧) عل إعاقه التوحد مصطلح الانشغال بالذات أو الأنانية ويرى أنه ٤٢

١- اضطراب اتصالي خطير، وسلوك يبدأ في أثناء مرحلة الطفولة المبكرة، وعادة ما يبدأ قبل ٣٠ شهر وحتى ٤٢ شهر من عمر الطفل (ما بين سن العامين والنصف إلى نحو ثلاثة أعوام ونصف تقريبا) ويتصف الطفل الاجتراري بالكلام عديم المعنى، فينسحب داخل ذاته وليس لديه اهتمام بالأفراد الآخرين وهو طفل سريع التأثر والتعلق بالآخرين وقد يكون المصاب لديه أحيانا ميولا للحيوانات، وقد يطلق على إعاقه التوحد مصطلح الانشغال الطفولي بالذات Infantile Autism أو عرض كانر Kanner Syndrome.

٢- تمثل التخييلات مع استبعاد الاهتمام بالواقع وهو عرض من أعراض الفصام. و تنظر مارجريت ماهر Mahler إلى الذهان الذاتوي (التوحد) على أنه حالة التثبيت Fixation أو النكوص Regression إلى الذاتوية السوية (التمركز السوي حول الذات) مما ينتج عنه تشوهات في هذه المرحلة ويخفق الطفل في إدراك أمه بوضوح، كما يخفق في التفرقة بين ما بداخل جسمه وما بخارجه، وترى وجهة النظر الدينامية أن الصورة على هذا النحو إنما تشير إلى هلوسة سلبية ترتبط بعجز الطفل عن التوجه نحو العالم الخارجي، فالطفل الذي يمكن أن نطلق عليه اسم الطفل الذهاني الذاتوي (الاجتراري) هو هذا الطفل الذي يبدو مغلقا على نفسه داخل دائرة تحمل صفة القدرة المطلقة السحرية، تلك التي تعدها ماهر Mahler بمثابة الدفاع ضد تفاضل وفض الحيوية ويكون هناك فض الاستثمارات في المدركات Perceptions عن بعد، تلك التي يدفع ثمنها الطفل في شكل صمم مصطنع ويستشعر الطفل بناء على ذلك الخطر في الواقع الخارجي، ذلك الخطر الدائم الذي يهدد توازنه الداخلي ولذلك فإنه يوطد بناء حاجز المثيرات Stimulus s، ويمكننا أن نلاحظ في مثل هذه الحالات غيابا في استثمار اللبيدو Investment of libido في السطح الخارجي للجسم (الأمر الذي نراه واضحا في

غياب الإحساس بالألم لدي هؤلاء الأطفال) وكذلك غيابا في شحن المناطق الشبقية Erogenous Zones ويستبدل الطفل الأنشطة الشبقية الذاتية بأنشطة عدوانية ذاتية Auto Aggressive تلك التي نعتبرها في حقيقة الأمر محاولة الإحساس بحدود خارجية للجسم (نيفين زيور، ١٩٨٨).

كما يعرف وولف (1988) Wolf الأطفال الذين يعانون من الاضطراب التوحدي على أنهم الذين:

- ١- ينقصهم التواصل الانفعالي.
 - ٢- قصور في اللعب التخيلي.
 - ٣- ينقصهم التواصل اللغوي المتمثل في فساد النمو اللغوي مع قصور في شكل ومضمون الكلام وترديد آلي لما يسمع.
 - ٤- النمطية والتقوُّل والإصرار على الطقوس والروتين وردود الفعل العنيفة إزاء أي تغيير في هذه الأنماط مع وجود الكثير من الحركات الآلية الغير هادفة مثل: هز الرأس، حركة اليدين، الأصابع.
- ويشير كمال دسوقي (١٩٨٨) إلى أن الاجتراريه (التوحد) تحمل معها عموما فكرة أن المادة مستمدة من الفرد نفسه، وإنها تظهر بطبيعة الحال في أحلام اليقظة والخيالات والتوهمات والهوسات.... الخ وبتعبير آخر إن مضمون الفكر هو في معظمه باطنى المنشأ Endogenous وفي الأمثلة التقليدية للفكر الاجتراري، كالذي يوجد في الفصام تقوم دائرة اللاشعور بأكبر مساهمة في الاجترار، ويضيف كمال دسوقي أن الاجتراريه أيضا هي إحدى صور النرجسية Narcissism ولو أن النرجسي ليس مقيدا في محتوى العقل الشعوري بالمادة الذاتية، بل انه الشخص الذي يفسر معظم المادة في حدود نفسه، ويرى أن التوحد مصطلح يقصد به اهتمام مرضى بالنفس مع عدم مبالاة بالآخرين من الناس وميل للتراجع إلى الخيالات الباثولوجية (المرضية)، بالإضافة إلى الميل إلى أن يكون نسق تفكير المرء وإدراكه حاجاته ورغباته الشخصية بغير وجه حق، وعلى حساب التنظيم القائم على الحقيقة الموضوعية، وفهم العالم الخارجي على أنه أقرب لرغبات الفرد مما هو في حقيقته، علاوة على الإحساس باللذة في الخيالات Fantasies التي تصور الحقيقة في إطار تحقيق الرغبة، حتى عندما لا يقوم التصديق بها، ويرى أن هذا المعنى الكلي للاجتراريه يمكن فهمه من خلال ثلاثة معاني أساسية هي:

- ١- التفكير الذي تحكمه الحاجات الشخصية أو النفسية Psycho or Personality Needs.

٢- إدراك Perception العالم في حدود الرغبات باعتبارها معارضة للحقيقة.

٣- الانشغال المفرط أو الاهتمام بأفكار المرء وتخیلاته الخاصة.

ويطلق جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاقي (١٩٨٨) مصطلح الأوتيسية Autism على إعاقة التوحد ويعنيان بها : انسحاب الفرد من الواقع الى عالم خاص به من الخيالات والأفكار، وفي الحالات المتطرفة توهمان وهلوسات وقد اعتقد ذات مرة إن إعاقة التوحد هي الخاصية الأولى للفصام ولكنها تلاحظ الآن في اضطرابات أخرى مثل ذهان الشيخوخة وفي زملة كانر Kanner Syndrome (اجتراريه طفليه مبكرة) وبعض حالات الاكتئاب Depression والشخص الاجتراري ذو شخصيه مغلقة Shut in وهو ملتفت إلى داخله ومنشغل انشغالا كاملا بحاجاته ورغباته التي يتم إشباعها كلية إلى حد كبير في الخيال؛ أما إذا كنا نتحدث عن الأطفال فإنه يقصد بالطفل الذاتوى أو الاجتراري Autistic Child؛ الطفل الذى فقد الاتصال بالآخرين أو لم يحقق هذا الاتصال قط، وهو منسحب تماما ومنشغل انشغالا كاملا بخیالاته وأفكاره وبأنماط السلوكية المقولبة، كبرم الأشياء أو لفها والهزهزة، ومن خصائصه الأخرى لامبالاته إزاء الوالدين والآخرين، وعجزه عن تحمل التغيير Change وعيوب النطق أو الخرس Mutism وتفسر هذه الحالة لدى البعض بأن لها أساسا عضويا ويفسرها آخرون باعتبارها شكلا من أشكال الفصام.

ويعرف فاخر عاقل (١٩٨٨) التوحد على أنه مصطلح يقصد به ٤

- ١- تفكير محكوم بالحاجات الشخصية أو الذات.
 - ٢- إدراك العالم الخارجى من خلال الرغبات بدلا من الواقع.
 - ٣- الانكباب على الذات والاهتمام بالأفكار والخیالات الذاتيه.
- ويطلق عليه عبد الرحمن العيسوي (١٩٩٠) لفظ الاضطراب الذاتى، ويرى انه صفة تميز تفكير الفصامي.
- كما عرف لويس (1990) Lewis.Volkmar التوحد على أنه اضطراب فى الارتقاء الاجتماعى واللغوى مصحوب بأنماط سلوكيه نمطية.
- ويشير ازونوف (1990) Ozonoff, et al. إلى أن التوحد عبارة عن زملة أعراض تمثل عجزا أو اضطراب لجوانب نمائية أساسية ومتعددة لدى الطفل.
- وتعرفه ماريكا (1990) Marica بأنه زملة أعراض سلوكية تعبر عن الانغلاق على النفس والاستغراق في التفكير وضعف القدرة على الانتباه Attention Deficit

Disorder وضعف القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين فضلا عن وجود النشاط الحركي المفرط Hyperkinesis.

أما جيلبرج (1990) Gillberg فيرى أن التوحد عبارة عن زملة أعراض سلوكية تنتج عن أسباب متعددة Mult Causes وغالبا مصحوبة بنسبه ذكاء (IQ) منخفضة وقصور في التفاعل الاجتماعي وقصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي.

ويعرف كامبل وآخرون (1991) Campbell, et al. التوحد على أنه خلل عضوي عصبي في وظيفة المخ وأن الأعراض تختلف في نوعها وحدتها من طفل إلى آخر تبعا لنوع ومكان الإصابة.

ويعرفه فتحي عبد الرحيم (١٩٩٠) بأنه اضطراب من اضطرابات الطفولة يجعل صاحبه غير قادر على التواصل مع الآخرين ويميل إلى الانسحاب من المواقف الاجتماعية.

ويعرفه داين (1992) Dianne بأنه قصور في العلاقات الاجتماعية والتطور اللغوي والإصرار على الأفعال النمطية والروتين اليومي.

وتطلق كرستين مايلز (١٩٩٢) لفظ الانفرادية الانعزالية وتصفها بأنها حالة لا يتواصل الأولاد مع الآخرين ومكونات لغتهم قليلة جدا، والطفل الانفرادي ممكن أن يكون في أي مستوى من الذكاء فقد يكون طبيعيا Normal أو بارعا جدا أو متخلفا عقليا.

ويطلق الشخص والدماطي (١٩٩٢) على إعاقة التوحد عدة معان منها : اجترار الذات، استثارة الذات، الأوتيسية، ويقصدان به اضطراب شديد في عملية التواصل والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة (ما بين ٣٠ - ٤٢ شهر) ويؤثر في سلوكهم حيث نجد معظم هؤلاء الأطفال (النصف تقريبا) يفتقرون الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح كما يتصرفون بالانطواء Introverting على أنفسهم وعدم الاهتمام بالآخرين، وتبذل المشاعر وقد ينصرف اهتمامهم أحيانا إلى الحيوانات أو الأشياء غير الإنسانية يلتصقون بها ويطلق على هذه الحالة أيضا "قصام الطفولة" Infantile Autism أو زمله كانر Kanner Syndrome.

ويعرف في التصنيف الدولي للأمراض في طبعته العاشرة (ICD-10) Classification International of Diseases بأنه مجموعة من الاضطرابات تتميز باختلالات كيفية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وفي أنماط التواصل ومخزون محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات وتمثل هذه الغرائب الكيفية سمة شائعة في أداء الفرد في كل المواقف (Schwartz, 1992).

ويعرف بول موسن إعاقة التوحد بأنها اضطراب عقلي خطير يصيب صغار الأطفال ويتميز بالاستغراق في الخيال إلى حد الابتعاد عن الاهتمام بالواقع وإلى حد العجز عن استخدام اللغة في التفاهم والتواصل الفكري (بول موسن وآخرون، ١٩٩٣).

ويرى محمد الدفراوى (١٩٩٣) أن التوحد يتميز بزملة اضطرابات مجهولة السبب تؤدي إلى إعاقات متعددة MultiImpairment ومختلفة من الاضطرابات التي تؤثر في النواحي المعرفية مثل التأخر العقلي، التأخر الدراسي، التأخر اللغوي، المشاكل الانفعالية، مشاكل في البصر والسمع.

ويطلق عليه بلويلر الذاتويه ويرى أنه عرضا مميزا لمرض الفصام وهو يشير إلى تلك الحالة من الانطواء التام على الذات وتحقيق اللذة في تلك التخيلات التي تحقق رغبات الفرد الذاتية مهما كانت بعيدة عن الواقع (فرج عبد القادر، ١٩٩٣). وقد حدد جيلبرج (١٩٩٢) Gillberg التوحد على أنه زملة أعراض سلوكية تتميز بالعلاقات الاجتماعية غير السوية والتواصل غير السوي ويرتبط ذلك بانخفاض العمر العقلي.

ويرى محمد عيش (١٩٩٣) أنه من الصعب تحديد مفهوم أو تعريف للتوحد وذلك لتعدد المراجع والآراء ولكن هناك شبه اتفاق على أنها حالات:

- ١- تظهر قبل البلوغ والمراهقة وتتسبب في ارتباك قوى لبنية الشخصية.
- ٢- تعيق الطفل عن فهم واقعه وعن فهم واقع غيره.
- ٣- نسبة وجوده في المجتمعات من ٠,٥ إلى واحد في الألف حسب الإحصائيات.
- ٤- كل منطوي العالم يتشابهون، لأن الذهان الانطوائي يصيب الطفل قبل النمو الإدراكي.

ويضيف محمد عيش أنه في بداية القرن كانت الاضطرابات العقلية والتخلف العقلي يعتبران شيئاً واحداً، إلى أن ظهر شيئاً فشيئاً التباين بينهم، فتنوعت الموصفات التطبيقية فتجد الأنواع التالية:

- أ - الذهان الإنطوائي Autistique.
- ب - الذهان التكافئي Symbiotique.
- ج - الذهان التخلفي Deficitaire.
- د - الذهان المتأخر Les psychoses Tardives.

ويشير عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤) إلى اضطراب التوحد (الأوتيسية) على أنه مصطلح يقصد به:

أ - اضطراب واضح في الارتقاء الاجتماعي واللغوي مصحوب بأنماط سلوكية نمطية.

ب - زملة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة وغالبا ما تكون مصحوبة بنسبة ذكاء منخفضة.

ج - التأكيد على حقيقة أن التوحدية غالبا ما تتسم بشذوذ في التفاعل الاجتماعي والاتصال.

د - أن نسبة حدوث هذا الاضطراب ما بين ٢-٤ كل عشرة آلاف طفل.

ويعرف عثمان فراج (١٩٩٤، ع(٤٠)) التوحد على أنه مصطلح يستخدم لوصف إعاقة من إعاقات النمو تتميز بقصور في الإدراك وتأخر النمو ونزعة انطوائية انسحابية تعزل الطفل عن الوسط المحيط بحيث يعيش منعقدا على نفسه لا يكاد يحس بما حوله ومن يحيط به من أفراد أو أحداث أو ظواهر.

ويطلق رمضان القذافي (١٩٩٣) على إعاقة التوحد كلمه "الفصام الذوي" (ذاتي التركيب) ويرى أنها حالة اضطراب عقلي تصيب الأطفال، وعلى الرغم من مظهر الأطفال الطبيعي، إلا أنه يلاحظ لديهم عدم الميل إلى غيرهم من الأطفال بشكل طبيعي، بالإضافة إلى تميزهم بالاضطراب السلوكي الاجتماعي Social Behavior Disorder والانفعالي الذهني وكان الاتجاه السابق هو اعتبار هذه الحالة من حالات فصام الشخصية لدى الأطفال ولكن اتضح خلو الأعراض من كثير من علامات الاضطراب الفصامي المعروفة مثل الخيالات Imagination والهذات Eikasias مما جعل العلماء يرون فيها حالة خاصة Special Case قائمه بذاتها، كما تم استبعاد فكرة التخلف الذهني كذلك لتمييز المصابين ببعض المهارات العادية Normal Skills التي لا توجب اعتبارهم من المتخلفين ذهنيا وتتميز هذه الحالة بشكل خاص بعدم القدرة Disability على الاتصال أو التعلم أو المشاركة في النشاطات الاجتماعية.

واتفق كل من (Jordan, Poweller, 990; Miller, 1990; Alcentra, 1994; Hobson, 1986) على أن التوحد يعتبر من الاضطرابات الانفعالية، وأن خصائص الأطفال التوحديين تظهر في ثلاث مجالات من الاضطراب هي: التعبير الانفعالي، التواصل اللغوي Linguistic Communication، السلوك الاجتماعي Social Behavior (Alcentra, 1994).

ويعرفه عبدالعزيز الشخص وعبد السلام عبدالغفار (١٩٩٢) على أنه نوع من اضطرابات النمو والتطور الشامل بمعنى أنه يؤثر على عمليات النمو بصفة عامة

وفي مجالات العلاقات الاجتماعية والأنشطة والنمو اللغوي بصفة خاصة وعادة ما يصيب الأطفال في سن الثلاثة سنوات الأولى ومع بداية ظهور اللغة حيث يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم وعدم الاهتمام بالآخرين وتبدل المشاعر.

وعرفه جيلبرج (1992) Gilberg على أنه زملة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة مصحوبة في الغالب بنسبة ذكاء منخفض وتتسم بشذوذ في التفاعل الاجتماعي واتصال شاذ.

وعرفه استيرلنج (1994) Osterling على أنه ذلك الاضطراب الذي يتضمن قصورا في التواصل الانفعالي وتأخر في النمو اللفظي المصاحب بشذوذ في شكل ومضمون الكلام والترديد الآلي وعدم القدرة على استخدام الضمائر بالإضافة إلى النمطية والإصرار على الطقوس دون توقف مع وجود استجابات تتسم بالعنف إزاء أى تغيير.

وعرفته الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية American Psychiatric Association 4th E (1994) على أنه فقدان القدرة على التحسن في النمو مؤثرا بذلك على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي وهو عادة ما يظهر في سن قبل ثلاث سنوات والذي يؤثر بدوره على الأداء التعليم وبعض حالات التوحدية تكون مرتبطة بتكرار آلي امقاطع معينة من كلمات محددة، ويظهر هؤلاء مقاومة شديدة لأى تغيير في الروتين اليومي وكذلك يظهرون أفعال غير طبيعية لأى خبرات جديدة (DSM-IV, 1994).

ويرى بوير (1995) Bauer أن التوحد هو أحد الأشكال الحادة جدا والشديدة ضمن مجموعة من الاضطرابات الإنمائية المنتشرة Pervasive Development Disorder وتتسم الاضطرابات الإنمائية المنتشرة بأن المصابين بها يعانون من أوجه قصور في الصلات الاجتماعية ومهارات التواصل وبوجود أنشطة غير سوية، واهتمامات شاذة من قبيل السلوكيات الطقوسية والنمطية، والضعف في مهارات اللعب التخيلي.

وتعرف الجمعية الوطنية للأطفال التوحدين The National Society for Autistic Children (NSAC) التوحد بأنه اضطراب أو متلازمة يعرف سلوكيا، وأن المظاهر المرضية الأساسية يجب أن تظهر قبل أن يصل عمر الطفل الى ثلاثين شهرا، والذي يتضمن الاضطرابات التالية:

أ - اضطراب في سرعة أو تتابع النمو.

- ب- اضطرابات في الاستجابات الحسية.
 ج- اضطرابات في الكلام واللغة والسعة المعرفية.
 د - اضطراب في الشغل أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات (يوسف القريوتي وآخرون، ١٩٩٥).

أما التعريف الدقيق الذي جاء في الدليل الإحصائي الرابع DSM-IV فينص على أنه حالة من القصور المزمن في النمو الارتقائي للطفل يتميز بانحراف وتأخر في نمو الوظائف الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الاجتماعية واللغوية وتشمل الانتباه Attention، الإدراك الحسي Sensibility، النمو الحركي Movement، Growth وتبدأ هذه الأعراض خلال السنوات الثلاث الأولى ويصيب حوالي ٥ أطفال في كل ١٠٠٠٠ (عشرة آلاف) ولادة حية بنسبة أكبر بين الذكور عن الإناث (١:٤) ويحدث في كل المجتمعات بصرف النظر عن اللون والأصول العرقية أو الطائفية أو الخلفية الاجتماعية ولم تكتشف حتى الآن عوامل (Causes) Factors سيكولوجية بيئية مسببة للإصابة بالتوحد، بل يغلب الظن بأن العوامل المسببة ذات جذور عضوية في المخ والجهاز العصبي المركزي (Roeyers, 1995).

وتعرف Lissa B التوحد على أنه نوع من اضطرابات النمو المعقدة والتي تتميز بغياب العلاقات الاجتماعية والتواصل والمحادثة مع وجود العديد من السلوكيات الشاذة والمنحرفة عن النمو العادي ويحدث هذا الاضطراب دائماً قبل سن ثلاثة سنوات ويستمر باقي الحياة مع هؤلاء الأطفال، وغالباً ما يصاحب هذا الاضطراب نقص في القدرات العقلية بنسب متفاوتة (Swetenhan, 1996).

ويعرف (Howlin 1997) التوحد على أنه مصطلح يطلق على أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغة، وبالتالي في نمو القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي والاجتماعي، ويصاحب ذلك نزعة انسحابية Withdrawal انطوائية وانغلاق على الذات Sullen مع جمود عاطفي وانفعالي، ويصبح وكأن جهازه العصبي قد توقف تماماً عن العمل، كما لو كانت قد توقفت حواسه الخمس عن توصيل أو استقبال أية مثيرات خارجية أو التعبير عن عواطفه وأحاسيسه، وأصبح الطفل يعيش منعزلاً على ذاته في عالمه الخاص، فيما عدا اندماجه في أعمال أو حركات نمطية عشوائية غير هادفة لفترات طويلة أو في ثورات غضب عارمة كرد فعل لأي تغيير أو ضغط خارجي لإخراجه من عالمه الخاص.

ويرى إسماعيل بدر (١٩٩٧) أن التوحد هو اضطراب انفعالي في العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، ينتج من عدم القدرة Inability على فهم التعبيرات الانفعالية وخاصة في التعبير عنها بالوجه أو باللغة، ويؤثر ذلك في العلاقات الانفعالية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية.

وعرفه المعهد القومي للصحة العقلية (PIMH, 1998) على أنه تشويش عقلي يؤثر على قدرة الأفراد على التواصل Communication، وإقامة علاقات Relation ship مع الآخرين، والاستجابة بطريقة غير مناسبة مع البيئة المحيطة بهم وبعض التوحديين قد يكونوا متأخرين أو يعانون من تخلف عقلي أو بكم أو لديهم تأخر واضح في النمو اللغوي وبعضهم يبدون منغلقيين أو محصورين داخل أنماط سلوكية اجتماعية ومشكلات حسية تتصل بالإدراك ومشكلات في التواصل وكل هذه المشكلات تؤثر على سلوكهم وبالتالي على قدرتهم على التعلم ومن ثم قدرتهم على التكيف مع الحياة.

ويعرف كرانتز (1998) Krantz التوحد بأنه أحد اضطرابات النمو الشديدة في السلوك عند الأطفال Sever Developmental Disorder of Behavior دون وجود علامات عصبية واضحة Is Not Accompanied by Demonstrable Neurological Signs أو خلل عصبي ثابت أو تغيرات بيوكيميائية أو أيضية Biochemical or Metabolic أو علامات جينية.

ويطلق ماجد عماره (١٩٩٩) على التوحد مسمى الانغلاق النفسي ويعرفه بأنه حالة من حالات الاضطرابات الارتقائية الشاملة (المختلطة) يغلب فيها على الطفل الانسحاب والانطواء وعدم الاهتمام بوجود الآخرين أو الإحساس بهم أو بمشاعرهم، ويتجنب الطفل أي تواصل معهم وبالذات التواصل البصري وتتسم لغته بالاضطراب الشديد، فيغلب عليها التردد والتكرار لما يقوله الآخرين أو الاجترار، والطفل المنغلق نفسياً لديه سلوك نمطي، وانشغال بأجزاء الأشياء، وليس بالأشياء نفسها ويختلف عن غيره من حالات الإعاقة الأخرى بمجموعة من الخصائص المميزة والمتغيرات المعرفية وغير المعرفية.

وعرفت دائرة المعارف العامة (١٩٩٩) التوحد على أنه عجز شديد في المقدرة الخاصة بالجهاز العصبي الذي ينتج عنه ضعف واضح في مقدرة الفرد على التعلم Educability واكتساب المعلومات، وهذا الاضطراب يتخلل جميع الوظائف الخاصة فيصبح مؤشراً لوجود اضطراب بيولوجي في الناحية التطورية للمخ ولم يتعرف على سبب حدوث هذا الاضطراب الى الآن، وتبدأ تظهر أعراض

التوحد في خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل وتتضمن عدم التخاطب الطبيعي، غياب التواصل الاجتماعي، غياب السلوك الخاص باللعب التخيلي ويصبح لدى الفرد طقوس غريبة لا يستطيع الاستغناء عنها ويظهر عليه التبلد في الاستجابة للغير وتبلد المشاعر تجاه الألم والخطر ويصبح السلوك ممزق ومشتت ويعطوا هؤلاء الأفراد استجابات عنيفة ضد أي تغيير، وأوضحت الإحصائيات أن من ٧٥-٨٠% من هؤلاء الأطفال يعانون من تأخر عقلي بدرجات متفاوتة (Michel. W, 1999).

ويعرفه شارون نيورث (Sharyn, Neuwirth, et.al (1999 وآخرين بأنه اضطراب عقلي ينتج عنه قصور في القدرة على التواصل وتكوين علاقات مع الآخرين وإصدار استجابات غير ملائمة اجتماعيا، وبعض الأفراد التوحديين ذوي المستوى الوظيفي المرتفع (ذو الإعاقة الخفيفة) يقترب مستوى الذكاء والمحادثة لديهم من العاديين وآخرون لديهم تخلف عقلي أو خرس أو تأخر لغوي والبعض يفرض على نفسه عزله شديدة، وينغمس في الانشغال بإصدار سلوكيات نمطية، كما يتسم تفكيرهم بالجمود والتصلب.

وتعرفه الجمعية الأمريكية للتوحد (١٩٩٩) على أنه نوع من الاضطرابات التطورية والتي تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل وتكون نتائج الاضطرابات نيورولوجية تؤثر على وظائف المخ وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو فتجعل التواصل الاجتماعي صعب عند هؤلاء الأطفال وتجعل عندهم صعوبة في التواصل سواء كان لفظي أو غير لفظي ودائما ما يستجيب هؤلاء الأطفال إلى الأشياء أكثر من الاستجابة Response إلى الأشخاص ويضطرب هؤلاء الأطفال من أي تغيير يحدث في بيئتهم ودائما يكرروا حركات جسمانية أو مقاطع من الكلمات بطريقة آلية متكررة (Autism Society of American, 1999).

ويعرفه السيد الرفاعي (١٩٩٩) على أنه أحد مظاهر الاضطرابات الارتقائية ويحدث كنتيجة مباشرة لاختلال هرمونية الارتقاء والبعد عن المسار الطبيعي ومن أهم علاماته اختلال في التفاعل الاجتماعي وقصور في عملية التواصل مع قلة الاهتمامات والأنشطة والتأخر اللغوي والقدرة على استخدام اللغة في التواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظي بالإضافة إلى وجود ضروب سلوكية تتسم بالطابع التكراري النمطي ويغلب القصور المعرفي على الصورة الإكلينيكية للطفل التوحدي من خلال اضطراب وظائف الإدراك والانتباه والتفكير والتخيل والتذكر،

الأمر الذى يجعل أن هناك صعوبات في التوافق Maladjustment مع المتغيرات البيئية من جهة ومع المحيطين به من جهة أخرى.

وتعرف سهى أمين (٢٠٠١) التوحد على أنه نوع من الاضطرابات الارتقائية المعقدة التي تظل متزامنة مع الطفل منذ ظهوره وإلى مدى حياته، وتؤثر على جميع جوانب الفرد وتبعده عن النمو الطبيعي، ويؤثر هذا النوع من الاضطرابات الارتقائية على التواصل Communication سواء كان اللفظي أو غير اللفظي وأيضا على العلاقات الاجتماعية Social Relation وعلى أغلب القدرات العقلية لهؤلاء الأفراد المصابين بالتوحد، ويظهر في خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ويفقده التواصل والاستفادة ممن حوله سواء أشخاص، أو خبرات أو تجارب يمر بها، وهذا النوع من الاضطراب لا شفاء منه، ولكن قد يتحسن بالتدخل العلاجي المبكر.

ويعرف محمد عز الدين (٢٠٠١) التوحد على أنه اضطراب يتعلق بتطور الدماغ مع وجود بعض الملامح المميزة والخاصة بالإعاقة التواصلية وبعض الاهتمامات الطقوسية غير القابلة للتغيير ويعتبر التوحد المصنف الرئيسي لمجموعة من الاضطرابات التي يطلق عليها مجتمعة مصطلح الاضطرابات التطورية المنتشرة.

ويشير عبد العزيز الشخص (٢٠٠٢) إلى أن التوحد هو أحد الاضطرابات الإنمائية الشاملة التي تعتبر من أكثر مشكلات الطفولة إزعاجا وإرباكا وحيرة، لأنها تتضمن انحرافا في جميع جوانب الأداء النفسي خلال مرحلة الطفولة بما في ذلك الانتباه والإدراك والتعلم واللغة والمهارات الاجتماعية والاتصال بالواقع والمهارات الحركية.

ويرى عبدالرحمن سليمان (٢٠٠٢) أنه يتعين على من يتصدى لتعريف التوحد أن يشير إلى عدة أمور منها:

- ١- أن التوحد هو أحد الاضطرابات الارتقائية (الإنمائية) المنتشرة.
- ٢- أنه يتميز بنمو أو ارتقاء غير طبيعي يتضح وجوده قبل عمر ثلاث سنوات.
- ٣- أنه يتميز باضطراب في الاستجابة للمثيرات الحسية.
- ٤- أنه يتميز باضطراب في اللغة والكلام.
- ٥- أنه يتميز بشخصية مغلقة، والتفات إلى داخل الذات، والانشغال الكامل بالحاجات والرغبات الخاصة، والتي تجد الإشباع التام لها على مستوى الخيال.

- ٦- أنه يتميز بأنماط سلوكية مقولبة (نمطية متكررة).
- ٧- أنه يتميز بشذوذ في التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين.
- ٨- أنه نادراً الحدوث أو تتراوح نسبة حدوثه ما بين ٢-٤ في كل عشرة آلاف طفل.

ويذهب دورمان وليفيفر (١٩٩٩) Dorman & Lefever الى أن التوحد يعد بمثابة اضطراب نمائي حاد يظهر على الطفل خلال السنوات الثلاث الأولى من عمره، ويعتبر نتيجة لاضطراب عصبي Neurological يؤثر على الأداء الوظيفي للمخ، ويؤكد دونلاب وبيرس (١٩٩٩) Dunlap & Pierce أن التوحد يؤثر في قدرة الطفل على التواصل، وفهم اللغة، واللعب، والتفاعل مع الآخرين، وأنه يعتبر زملة أعراض مرضية سلوكية، وهذا يعني أن تعريفه Definition يقوم على أنماط السلوك التي تصدر عن الفرد، ولا يعد التوحد مرضاً، كما أنه ليس معدى بالمعنى الذي نعرفه، ولا يكتسب من خلال الاتصال بالبيئة (عادل عبدالله، ٢٠٠٢ - أ).

وتشير زينب شقير (٢٠٠٥ - ب) إلى التوحد على أنه اضطراب نمائي يظهر عادة في الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل وهو نتيجة لاضطرابات عصبية Neurological تؤثر سلباً على الأداء الوظيفي للمخ، ويمثل ضعفاً شديداً في إقامة أي نوع من العلاقات مع الآخرين في المجتمع، وحتى مع الوالدين أو المقربين له، وفشلاً في تطور اللغة بشكل طبيعي، ويصل لحالة من الإنسحاب والإنعزال.

الفصل الثالث

مدى شيوع وانتشار الاضطراب

الفصل الثالث

مدى شيوع وانتشار الاضطراب

يذكر أحمد عكاشه (١٩٩٢) أن نسبة انتشار اضطراب التوحد بين الأطفال تتراوح بين ٤-٥ أطفال بين كل ١٠,٠٠٠ طفل.

وقد أوضحت دراسات كانر (1973) Kanner التي بدأت في الأربعينات وحتى أوائل السبعينات والتي اعتمدت في تشخيصها لحالات التوحد على المعايير التي وضعها لهذا الغرض أن نسبة الإصابة بإعاقة التوحد في أمريكا غالبا ما تكون (٤-٥) حالات في كل (١٠٠٠٠) ولادة في الأعمار الأقل من (١٥) سنة.

وقد أشار جيلبرج (1990) Gillberg في إحدى دراساته أن نسبة الإصابة بالتوحد في المرحلة العمرية من ٥-٧ سنوات تقدر بنسبة ١٢,٤ لكل ١٠,٠٠٠ ولادة حية، بينما كانت نتائج دراسة أخرى لجيلبرج تعبر عن نسبة انتشار بمعدل ١١,٦ لكل ١٠,٠٠٠ ولادة حية في المرحلة العمرية من ٤-١٤ سنة، في حين أن جوتبرج وجد أن نسبة الانتشار تقدر بحوالي ٨,١ لكل ١٠,٠٠٠ ولادة حية في نفس المرحلة العمرية ونفس المنطقة التي أجريت فيها دراسة جيلبرج وتشمل الهند الغربية نيجيريا - سيرلانكا والتي تم التشخيص فيها بناء على معايير كانر، وكان من نتائج دراسات جيلبرج وآخرون التي تم إجراؤها في السويد ومناطق يوهسلان الريفية أن نسبة انتشار الإصابة بالتوحد أو ما يسمى شبيه التوحد Autism Like تقدر بحوالي ٦,٦ حالة لكل ١٠,٠٠٠ طفل.

كما تشير بعض الدراسات التي أجريت في إنجلترا إلى أن معدل انتشار اضطراب التوحد ٤-٥ أطفال كل عشرة آلاف، وقدّر معدل انتشار الاضطرابات مشوهة النمو (التوحد والاضطراب مشوه النمو غير المصنف) في مكان آخر بـ ١٠-١٥ حالة لكل ١٠,٠٠٠ طفل (محمود حمودة، ١٩٩١).

وفي دراسات لوتر (1986) Lutter، سكوبلر (1987، 1989) Scopler التي اعتمدت في تشخيص حالات الأوتيزم على معايير DSM III كانت نسبة الإصابة بالتوحد حوالي (٢-٥) حالات لكل ١٠,٠٠٠ ولادة حية ونسبة الإصابة في الذكور أكثر من الإناث بمعدل ٣ أو ٤ مرات في حين كانت نسبة انتشار الإصابة في جنوب اليابان بمعدل ١٣,٦ لكل ١٠,٠٠٠ طفل (Tanous, et.al, 1988) وفي دراسات مسحية تم إجراؤها في إنجلترا ظهرت نتائج مختلفة بعض الشيء عن التي

ظهرت في أمريكا أو شرق آسيا فكانت نسبة الانتشار تتراوح بين (٢٠-٣٠) حالة لكل ١٠٠٠٠ ولادة حية، وفي دراسة أخرى قام بها كامبرول Camberwell لتشخيص حالات التوحد على أساس العجز الاجتماعي وجد أن نسبة انتشار الإصابة بالتوحد حوالي ٢١ لكل ١٠,٠٠٠ طفل (Dianne, 1992).

وقد أشارت بعض الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة أنه يوجد على الأقل ٣٦٠,٠٠٠ فرد مصابا بالتوحد، ثلثهم من الأطفال وأوضحت الدراسات أن التوحد يعد الإعاقة الرابعة الأكثر شيوعا للإعاقات المختلفة والتي تتمثل في التخلف العقلي Mental Retardation والصرع والشلل المخي CB ويحدث التوحد في (٤) أطفال كل عشرة آلاف مولود (Micheal, 1997).

أما عن نسبة الانتشار في مصر، فقد ذكر عثمان فراج أن هذه الإعاقة يعاني منها ما بين (١٠٠-٢٠٠) ألف طفل (عثمان فراج، ١٩٩٦، العدد (٤٥)).

كما يشير محمد قاسم (٢٠٠١) إلى أن التوحد اضطراب نادر الحدوث نسبيا، ويقدر بجوالي ٢-٥ ولادات من كل ١٠,٠٠٠ آلاف ولادة (Lord & Paul, 1998) ويرى أنه بسبب عدم الاتفاق على تعريف Definition الاضطراب فإن الأبحاث السابقة حول انتشاره غالبا تتضمن دراسة الأطفال الذين يتصفون بخصائص وصفات مختلفة أحيانا، إلا أن الدراسة التي قام بها جيلبرج (١٩٩٤) Gillberg والتي استعمل فيها معيار روتر لتشخيص التوحد، والذي يشبه المعيار الذي وضعه الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للأمراض النفسية (DSM.III) في تشخيصه للاضطراب، وقد استعمل في دراسته أطفالا من مناطق قروية في السويد لأكثر من ١٥ سنة، ووجد أن معدل حدوث اضطراب التوحد الطفولي خلال هذه الفترة كان بمعدل (٢-٥) لكل (١٠,٠٠٠) عشرة آلاف طفل وتدل هذه الدراسة على أن حدوث الاضطراب أقل من تلك التي توصلت إليها الدراسات الأخرى، فقد قدرت بعض الدراسات نسبة حدوث الاضطراب بين (٤-٥) حالات من كل (١٠,٠٠٠) عشرة آلاف ولادة (Mesibov & Handland, 1998) وقد استندت هذه النتيجة إلى دراسات وبائية من بيانات مختلفة إنجليزية ودانمركية ويابانية وسويدية، إلا أن الدراسة التي قام بها وينج (١٩٧٨) Wing قدرت النسبة بحدود (٨) ثمانية لكل (١٠,٠٠٠) عشرة آلاف ولادة، في هذه الدراسة بحث وينج حالة ٤٧ طفلا يعانون من إعاقة اجتماعية أكثرهم يعانون من الصمت Mutism ومن التردد البيغوي Echolalia وبعض السلوك النمطي وهذه الأعراض هي ما تميز اضطراب التوحد، وباستخدام المقابلة Interview صنف (وينج) الأطفال الذين يعانون من النمطية

الروتينية المتكررة في السلوك عن أولئك الذين لا يظهرون مثل هذه النمطية وتبين له أن المجموعة الأولى (ذوي السلوك النمطي المتكلف) لهم تاريخ سابق في التوحد النمطي وبنسبة (٤-٩ لكل ١٠ آلاف طفل) أما المجموعة الثانية فكانت النسبة (١٦ لكل ١٠ آلاف طفل) أما بالنسبة لمعدل الحدوث الكلي للأعراض الثلاثة مجتمعة (الصمت، التردد البيغوي والنمطية التكلفية في السلوك) فكانت بحدود (١٠ لكل ١٠ آلاف حالة) ويرى محمد قاسم أن هذه النتائج تدعم الفرضية القائلة بأن اضطراب التوحد يحدث على طول خط متصل Continuum ودرجات متفاوتة من الشدة وأنه في الحالات متوسطة الشدة تكون نسبة حدوث الاضطراب أعلى من نسبة حدوثه في الحالات الخطيرة منها، وهناك العديد من الدراسات التي أجريت في اليابان، استخدمت بها تقنيات ومعايير تشخيصية متنوعة، تبين أن معدل حدوث الاضطراب قد بلغ ١٦ حالة لكل ١٠ آلاف طفل، وأن ١٣٩ طفلاً من هؤلاء المفحوصين كانت أعمارهم دون ٣٦ شهر وكان عشرون (٢٠) طفلاً من هؤلاء المفحوصين قد تمت متابعتهم حتى بلغت أعمارهم بين (٣-٦) سنوات.

ويذكر عبد الرحمن سليمان (٢٠٠٢) أن إعاقة التوحد تحدث بنسبة (٢٥٠٠-١) واحد إلى ألفين وخمسمائة من بين الأطفال وقد تظهر بشكل تدريجي، كما قد تظهر بشكل فجائي بين عمر سنتين وثلاث سنوات بعد أن يكون الطفل قد نمي في سنواته الأولى نمواً طبيعياً.

ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في طبعته الثالثة DSM-III الصادرة عام ١٩٨٠ أن الاضطراب نادر ونسبة انتشاره من ٢-٤ حالات بين كل عشرة آلاف حالة، كما تذكر هذه الطبعة أن الاضطراب ينتشر بدرجة أكبر بين أفراد الطبقة العليا في المجتمع ويشير إلى أن السبب Reason في ذلك غير معروف حتى الآن، أما الطبعة الرابعة من الدليل DSM-IV الصادرة في عام ١٩٩٤ فإنها تعدل نسبة الانتشار، حيث تذكر أن النسبة من ٢-٥ حالات من بين كل عشرة آلاف حاله كما أن هذه الطبعة أسقطت الإشارة إلى شيوع الاضطراب بين أفراد الطبقة العليا مما يشير إلى أن البحوث الانتشارية التالية لم تجد ما يدعم الاستنتاج التي وصلت إليه الطبعة الثالثة وقد يفسر ذلك أن الأفراد في الطبقتين الوسطى والدنيا قد يكونون أقل انتباهاً إلى جوانب الاضطراب والشذوذ في حياة أبنائهم إذا ما قيسوا إلى أفراد الطبقة العليا (علاء الدين كفاي، ٢٠٠١).

وفي عام (١٩٨٨) قامت جامعة لوس أنجلوس بولاية كاليفورنيا بمسح في ولاية بوتسا على عينة مكونة من (٢٠٧) أسرة وجد أن بينهم (٢٠) أسره (٩,٧%) لدي كل منها أكثر من طفل يعاني من التوحد، كما وجد أن نسبة انتشار التوحد بين الأطفال الذين يولدون إخوة لأطفال يعانون من التوحد يصل إلى (٤,٥%) بينما ينتشر التوحد في المجتمع الأمريكي عامة بنسب أقل من ذلك بكثير (١٠-٢٠) حالة من بين عشرة آلاف مواطن، وفي هذه الدراسة ذاتها يتضح من الإحصاء التحليلي Analytical Statistics أن انتشار التوحد بين أطفال ولدوا لإخوة يعانون من التوحد في أسرهم يزيد ٢١٥ ضعفا عن انتشاره بين أطفال المجتمع (Howlin, 1998).

ويعنى هذا أن احتمالات ولادة أطفال توحيدين أكثر بكثير عندما يكون لهم أخوة يعانون من التوحد، حيث وصلت النسبة إلى (٨,٦%) وإذا كان الطفل المعوق الأول ذكرا، فإن هذه النسبة تكون ٧% ولكنها ترتفع إلى (١٤,٥) إذا كان الطفل السابق أنثى (Barley, et.al, 1996).

وتعرض سهى أمين (٢٠٠١) لبعض الدراسات والأبحاث الحديثة التي أشارت إلى أن اضطراب التوحد يحدث فيما يقرب من ١٠-١٥ طفل من بين ١٠٠٠٠ طفل في بلد في مثل حجم الولايات المتحدة الأمريكية.

أما فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين فإن الاضطراب التوحيدي يحدث بمعدل ٤ مرات أكثر في الأولاد عن البنات ولا يذكر سبب مفهوم إلى الآن في ظهور التوحد عند البنين أكثر من البنات كما أثبتت الأبحاث أنه في حالة إصابة البنات تكون إعاقتهن أكثر صعوبة وخطرا وتكون درجة ذكائهم منخفضة جدا عن غيرهم من البنين الذين في مثل حالتهم وأشارت بعض الدراسات في الولايات المتحدة إلى أن هناك معدل انتشار كبير لإصابة الأولاد الذكور الذين هم أوائل مواليد لأبائهم وأيضا لا يعرف سبب لذلك حتى الآن (National Autism Society, 1999).

كما أن كانر Kanner (1973) قد أشار في دراساته التي بدأت في الأربعينات وحتى أوائل السبعينات إلى أن الإصابة تظهر في الذكور أكثر من الإناث بنسبة (٤ : ١) وأن البنات التوحيديات يمكن إلى أن يكن أشد اضطرابا، ويشير تاريخهن الأسرى إلى كثرة انتشار الخلل المعرفي عن الذكور.

وقد أوضحت دراستا لورد وآخرين (١٩٨٢، ١٩٨٥) أن هناك فروقا واضحة في نسبة حدوث المرض بين الذكور ونسبتها بين الإناث بنسبة ٣ : ١ على التوالي وكذلك أكدت دراسة بارون كوهين (Baron-Cohen, 1991) على أن هذا الاضطراب يحدث في الذكور بنسبة ٤ : ١ مرات أكثر من الإناث (Francis J, Tuner, 1984).

ويتفق في ذلك كلا من (Gillbery, 1988)، (DSM-III, 1980) حيث ذكر أن أعراض التوحد تظهر على الذكور باستمرار أكثر من البنات بنسبة ٣ أو ٤ ذكور لكل بنت واحدة (Davison & Neal, 1982).

ويذكر إسماعيل بدر (١٩٩٧) من خلال استعراض لبعض الدراسات والبحوث (Nelson & Israel, 1991) وكذلك لعدد من الحالات في مدارس التربية الخاصة والتي اتضح من خلالها أن نسبة حدوث مرض التوحد تزداد لدى الذكور عن الإناث.

كما لوحظ أن الإناث يكن أقل ذكاء وأكثر ميلا لإظهار برهان على تلف الدماغ Brain Damage، وتوصل فريمان (١٩٩٧) Freeman إلى أن لدى البنات التوحيديات قصور معرفي أشد من الأولاد، وذكر يونج (١٩٨١) Wing أن الذكور بشكل عام يوصفون بارتفاع مهاراتهم الفراغية المكانية، بينما الإناث ينظر إليهن على أنهم أعلى في المهارات اللغوية (إلهامي عبدالعزيز، ١٩٩٩).

وقد لاحظ كانر عند وصفه المبكر (١٩٤٣) للتوحد أنه يحدث في الطبقات العليا، وذكر بيرج (١٩٨٥) Berg أن التوحد أكثر احتمالية لأبناء الطبقات التخصصية (عمر خليل، ١٩٩٤).

ويؤيد هذا ميلر (١٩٩٠) Miller حيث ذكر أن آباء وأمهات هؤلاء الأطفال كانوا من المستويات والمراكز التربوية العالية (نادية أبو السعود، ٢٠٠٢).

وقد كشفت دراسات عام (١٩٧٠) عدم صدق النتائج الخاصة بالطبقة الاجتماعية وأن سبب هذا الاعتقاد هو عدم اكتشاف الاضطراب وتحويله لدى أبناء الطبقات الفقيرة خلال هذه الفترة الزمنية، وهو ما أكدته دراسة قام بها برايسون (١٩٩٦) Bryson وأيدت عدم وجود فروق في معدل انتشار التوحد بين الطبقات المختلفة (إلهامي عبدالعزيز، ١٩٩٩).

ولقد صدر عن الجمعية الأمريكية للتوحد (١٩٩٩) The Autism Society of America أن التوحد وما يرتبط به من سلوكيات يحدث لفرد واحد من بين كل خمسمائة فرد أي بنسبة ١ : ٥٠٠ وأن نسبة انتشاره بين البنين تزيد عن انتشاره بين البنات بأربعة أضعاف، كما أصدر المركز إحصائيات تدل على أن هناك حوالي خمسمائة ألف شخص بالولايات المتحدة يعانون من التوحد، وتذهب الجمعية الأمريكية للتوحد (١٩٩٩) Autism society of America إلى أن معدل الانتشار هذا قد جعل من التوحد ثالث أكثر الاضطرابات النمائية شيوعا متخطيا بذلك زملة أعراض داون Down Syndrome حيث يرون أن التوحد وما يرتبط به من

اضطرابات يحدث تقريبا لدى ستين حالة من بين كل عشرة آلاف حالة ولادة (عادل عبدالله، ٢٠٠٢-أ).

وإذا كانت الجمعية الأمريكية للتوحد (١٩٩٩) The Autism society of America تؤكد على معدل الانتشار هذا والذي جعل من هذا الاضطراب ثالث أكثر الاضطرابات النمائية شيوعا، فإن تقرير قسم الخدمات الخاصة بذوى الاضطرابات النمائية بولاية كاليفورنيا (١٩٩٩) California state Department of Developmental Services يؤيد هذا الرأي حيث يتضح أنه بتحليل البيانات المتعلقة بالجوانب النمائية والديموجرافية للأفراد التوحديين في المراكز الإقليمية الأحد وعشرين للتوحد التابعة لولاية كاليفورنيا والتي تقوم بتقديم الخدمات لهؤلاء الأفراد وأسره من ذلك من خلال أحد عشر عاما تمتد من بداية عام ١٩٨٧ حتى نهاية عام ١٩٩٨ يتضح أن عدد الأفراد التوحديين ينمو بشكل سريع للغاية وذلك قياسا بأقرانهم ذوى الاضطرابات النمائية المختلفة مما أدى بالتالي إلى زيادة أعداد الأفراد التوحديين الذين يقدم لهم المركز الإقليمي خدماته لدرجة أنه قد ألحق بهذا المركز في عام ١٩٩٨ فقط ١٦٨٥ فردا جديدا، وبذلك فإن عدد الأفراد الذين يقدم لهم المركز خدماته يتجاوز بكثير العدد المتوقع وفقا للمعدلات الكلاسيكية للاضطراب Traditional Rates وتوضح التقديرات أن صافي معدل الزيادة السنوية في عدد الأفراد التوحديين قياسا بأقرانهم ذوى الاضطرابات الأخرى يصل إلى ٣% تقريبا، وتؤكد الجمعية الأمريكية (١٩٩٩) The Autism Society of America أن نسبة انتشار هذا الاضطراب في الولايات المتحدة يبلغ ٠,٦% ويرى كندول (٢٠٠٠) Kendall أن نسبة انتشار التوحد في اليابان على سبيل المثال Instance تعد أعلى من مثيلاتها في أي دولة أخرى من دول العالم حيث تتراوح بين ٠,١٣% و ٠,١٦% في حين تبلغ النسبة في المملكة المتحدة ٠,٠١% أما الصين فتعد أقل دول العالم في انتشار هذا الاضطراب حيث تبلغ النسبة بها ٠,٠٠٤% (عادل عبدالله، ٢٠٠٢-ب).

ومن العرض السابق يتضح لنا اختلاف نتائج الدراسات التي تحدد نسبة انتشار الاضطراب، ويرى إيدسون (١٩٩٨) Edison أن التضارب في معدلات الانتشار يرجع إلى البلد الذي تتم فيه الدراسة، وإلى اختلاف الدلالات التشخيصية (إلهامي عبد العزيز، ١٩٩٩).

وقد يكون السبب في الاختلاف راجعا إلى خطأ في التشخيص Error Diagnosis أو في التباين الواضح في المحكات المحددة لتشخيص الإعاقة وعدم وجود أدوات تشخيصية تعتمد على التقدير الموضوعي أو الاختلاف في عمر الأطفال.

فعلى سبيل المثال، قد دلت المسوح التي تعتمد على المعايير التي وضعها كانر Kanner على أن معدل انتشار الاضطراب في أمريكا غالبا ما يكون في حدود ٤ : ٥ حالات بين كل عشرة آلاف طفل في الأعمار الأقل من ١٥ سنة، بينما نجد النسبة ترتفع في إنجلترا عن غيرها من المجتمعات حيث أنها تستخدم معايير أكثر مرونة واتساعا تتراوح هذه النسبة بين ٢٠ : ٣٠ حالة من بين كل عشرة آلاف طفل (عثمان فراج، ١٩٩٦، العدد (٤٥)).

ولكن بالرغم من ذلك فإن هناك شبه اتفاق بين نتائج معظم الدراسات على أن معدل انتشار الإصابة بالتوحد تتراوح ما بين ٤ : ٥ حالات في كل ١٠,٠٠٠ ولادة حية وأن هذه النسبة تظهر في الذكور أكثر من الإناث بمعدل (٤ : ١) وأنه موجود في جميع المستويات الاجتماعية والجنسيات المختلفة دون تفرقة.

ووفقا لأحدث الإحصاءات Statistics التي نشرها الاتحاد القومي لدراسات وبحوث التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية وذلك في يناير عام ٢٠٠٣ فإن نسبة انتشار التوحد قد ارتفعت بدرجة كبيرة للغاية حيث أصبح متوسطها ١ : ٢٥٠ حالة ولادة بعد أن كانت قبل ذلك مباشرة وفقا لتلك الإحصاءات التي نشرتها الجمعية الأمريكية للتوحد Autism society of American في عام ١٩٩٩ قد بلغت ٤-٥ أفراد لكل عشرة آلاف ولادة، وقد أدى ذلك بطبيعة الحال إلى أن تجاوز اضطراب التوحد متلازمة أعراض داون في الترتيب بعد أن كانت تلك المتلازمة تسبقه وبذلك أصبح اضطراب التوحد هو ثاني أكثر الإعاقات الفعلية انتشارا، ولا يسبقه في ذلك سوى التخلف العقلي فقط Mental Retardation أما متلازمة أعراض داون فتأتي بعده مباشرة (عادل عبدالله، ٢٠٠٤-ب).

ومع ذلك فإن نسبة انتشار هذا الاضطراب في البلاد العربية لا تزال غير معروفة حتى الآن، حيث لا توجد مدارس خاصة بالأطفال التوحديين، ولا توجد مراكز أو جمعيات خاصة بهم إلا نادرا، وأن مثل هذه المراكز في غالبها تعد مراكز أهلية، كما أن تلك الفئة من فئات الإعاقة تكاد تكون مهملة، والأكثر من ذلك كله أن أعضاء تلك الفئة يتم تشخيصهم بشكل خاطئ على أنهم متخلفون عقليا وبالتالي يتم إلحاقهم بمدارس التربية الفكرية، وهو الأمر الذي يكون من شأنه أن يؤدي إلى عدم قدرتهم على الاستفادة من تلك البرامج التي يتم تقديمها لهم في مثل هذه المدارس حيث أن تلك البرامج يتم تقديمها للأطفال المتخلفين عقليا وليس للأطفال التوحديين.

الفصل الرابع
الأسباب Causes

الفصل الرابع الأسباب Causes

أسباب التوحد :

مما لا شك فيه أن أي اضطراب لابد أن تقف خلفه مجموعة من العوامل، وعادة ما يكون من الصعب، بل ومن المستحيل أحيانا أن يكون هناك سبب واحد يعد هو المسئول عن حدوث اضطراب معين أو يمكن أن نعزو مثل هذا الاضطراب إليه ومن الجدير بالذكر أن العلماء قد تمكنوا من تحديد سبب معين لحالات اضطراب التوحد وذلك لدى نسبة لا تتجاوز ١٠% تقريبا فقط من أولئك الذين يعانون من هذا الاضطراب، وعلى هذا الأساس تظل الحقيقة التي باتت مؤكدة أو حتى شبه مؤكدة تتمثل في أن حوالي ٩٠% تقريبا أو يزيد من حالات هذا الاضطراب لم يتمكن أحد من تحديد سبب معين نعزو حدوث مثل هذا الاضطراب له ومع ذلك هناك بعض الحقائق التي تتعلق بتلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى اضطراب التوحد (عادل عبدالله، ٢٠٠٤ - ب)

يمكننا أن نعرضها على النحو التالي:

١ - عوامل نفسية واجتماعية Psycho and Social Factors:

هناك افتراضات ووجهات نظر حاولت تفسير التوحد فنظرت وجهة النظر الاجتماعية لها على أنه اضطراب في التواصل الاجتماعي نتيجة ظروف البيئة الاجتماعية Socialization غير السوية التي ينتج عنها إحساس الطفل بالرفض من الوالدين وفقدان الآثار العاطفية منهما بما أدى إلى انسحابه من التفاعل الاجتماعي مع الوسط المحيط به، في حين يفسرها النموذج النفسي على أنها شكل من أشكال الفصام Schizophrenia المبكر الناتج عن وجود الطفل في بيئة تتسم بالتفاعل الأسري غير السوي مما يشعره بعدم التكيف أو التوافق النفسي (عادل عبدالله، ٢٠٠٢ - أ)

ويرى عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤) أن الأطفال التوحديون غالبا ما تكون بيئتهم أقل تفاعلية وأكثر جمودا وانسحابية وغير اجتماعية مما يجعل الطفل شديد الانطوائية مما يؤدي لصعوبة أو عدم قدرة أو رغبة في التفاعل مع الآخرين، وكنتيجة إلى أن الإشارات التي يصدرها الطفل غالبا ما تكون غير مستتعة باستجابات، فإن ذلك يزيد من احتمالية أن يكون الطفل عصابيا كنتيجة للإحباط

المستمر الذي يتعرض له وكنتيجة لاختلاط الإشارات والاستجابات الصحيحة عليه.

ويشير (1970) O'Gorman إلى أن فشل العلاقة العاطفية بين الأم والطفل قد يكون مرتبطا ببعض أنواع الانفصال عن الأم سواء كان هذا الانفصال طبيعيا أو عاطفيا، فالانفصال الطبيعي ربما يكون بسبب طول فترة البعد عن الطفل والتي تحدث عند ميلاد طفل جديد أو حمل آخر للأم بسبب انشغالها ببعض الوقت عن الطفل، أما الانفصال العاطفي فيرجع إلى عدم قابلية الأم والطفل لصنع علاقة مرضية معا وربما يرجع ذلك إلى أن الأم فصامية أو تعاني من مرض عاطفي أو متعلقة طفوليا بأمها لدرجة أنها لا تستطيع القيام بدور الأم.

وافترض بتليهم (1976) Batelheim أن التوحد ينشأ من الخبرات غير المشبعة وذكر كابيلن وصادوق (1985) Kaplan & Sadock أنه من النادر أن يكون أباء الأطفال التوحديين لديهم مشاعر دافئة تجاه أبنائهم كما قدم سارفيس وجارسيا (1967) Sarvis & Garcia عددا من العوامل الأسرية النفسية التي تنشط التوحد (نادية أبو السعود، 1997).

ويرى أنصار هذه النظرية (كانر، اسبيرجر، جولد فارب، بتليهم، ريملاند) أن التوحد ينشأ عن خبرات مبكرة غير مشبعة وتهديديه، فينشأ الأساس المرضي تتجه فشل أنا Ego الطفل في تكوين إدراكه نحو الأم، والتي تكون بمثابة المثل الأول لعالمه الخارجي وبالتالي لم تتح له الفرصة لتوجيه أو تركيز طاقته النفسية نحو موضوع أو شخص آخر منفصل عنه (Wing, 1966).

وقد تصور كانر Kanner المكتشف الأول لهذه الإعاقة عام 1943 في أول تقرير له عنها أن العامل المسبب للإعاقة هو مجموعة من العوامل الذاتية المحيطة بالطفل في مراحل نموه المبكر في نطاق الأسرة، منها أسلوب تنشئته أو تعامل الطفل مع الأسرة، ومنها افتقاد الطفل الحب والحنان ودفء العلاقة بينه وبين أمه ومنها غياب العلاقات العاطفية (Frane Matson, 1987).

هذا التفسير للعامل المسبب لإعاقة التوحد ظل سائدا برغم أنه خلال العقود الخمسة الماضية لم يظهر على الساحة أي بحث علمي ميداني يؤكد.

وقد كان كانر Kanner يعتقد أن هناك بعض العيوب الفطرية الموروثة تستثار بفعل البرود الانفعالي Emotional coldness تجاه الطفل التوحدي من قبل الوالدين، في حين يؤكد باحثون آخرون غير كانر بشكل أكبر على تأثير العوامل السيكولوجية في تنشئة الطفل، وعلى وجهة النظر القائلة بأنه في وقت ما من

الأوقات كانت أمهات الأطفال التوحديين بارديات انفعاليا ومنسحبات اجتماعيا، وربما كان يغذي هذه النظرية التكرار النسبي لتواتر القرابة لدى الوالدين من الناحية العقلية والمهنية، وأيضا من خلال الحقيقة القائلة أن الأم تعاني من صدود ابنها التوحدي نتيجة عجزه عن الاستجابة لها، وهذا هو السبب إلى أنها لا تميل تماما إلى إظهار أنها ليست على صلة به وأن العلاقة التواصلية بينهما شبه مقطوعة (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٢).

وقدم كانر kanner وصفا تفصيليا لآباء الأطفال التوحديين من خلال الدراسة التي أجراها مع إيزنبرج (١٩٥٦) Isenberg فوصفهم بالتبدل الانفعالي Emotional Refrigeration والبرود العاطفي والرغبة في الاستحواذ Obsession والعزوف عن الآخرين Detached، وإنهم أكثر قلقا More Anxiety ولديهم ضعفا في دفء العلاقات الأبوية، وضعف عام في ملامح الشخصية ويميلون إلى الآلية في كل شيء Mechanical كما أن لديهم ذكاء ملحوظ، وأكد أن الوالدين لا يرغبان في وجود هذا الطفل (Goldstein, et.al, 1986).

ويرى عبد الرحيم بخيت (١٩٩٩) أن فقدان التفاعل الاجتماعي والعزلة التي يظهرها الطفل التوحدي كان يعتقد بأنها دليل على العلاقة المرضية الشديدة بين الطفل وأمه وإلى الاتجاهات السلبية من الوالدين تجاهه، ولذا فقد استخدمت مصطلحات للدلالة على هذا الاضطراب مثل الاضطراب الانفعالي الشديد، النقص في نمو الأنا، فصام الطفولة وغيرها، وبناءا عليه فإن والدي الأطفال التوحديين كانوا يلامون على اعتبار أنهم المسبب الأولي لاضطراب أبنائهم، فقد وصفت الأمهات بأن عواطفهن جامدة غير مغذية Non-nurturing والآباء متشددون وحازمون.

وفي عام (١٩٦٧) قام المحلل النفسي بيلتهام بعزل هؤلاء الأطفال عن والديهم مؤكدا أن الوالدين الراضين الباردين Cold and Ejective يعتبروا السبب الرئيس في توحيد أطفالهم وانغلاقهم على ذواتهم مشددا على ضرورة البرامج التربوية والمداخلة العلاجية التي تساعد هؤلاء الأطفال على إخراج العدائية الوالدية لا الشعورية.

واستبعد (وينج) بمعهد مودزلي بجامعة لندن الأسباب النفسية لهذا الاضطراب واعتبره اضطرابا عضويا في وظائف المخ Brain Function، والإدراك Perception، والإحساس السمعي والبصري وخللا في التواصل، والعلاقات بين الطفل والمجتمع.

أما في الوقت الحاضر ونتيجة للدراسات الحديثة والخبرات الإكلينيكية فإن الافتراضات السابقة حول إعاقة التوحد أصبحت مشكوك بها، فوجهة النظر القائلة بعزو إعاقة التوحد إلى خصائص الوالدين لم تعد مقبولة، ذلك أن التأكيد لم يعد على جعل الوالدين كأسباب الاضطراب وإنما أصبح التأكيد على أهمية الدور الذي تلعبه الجوانب المعرفية والاضطرابات النمائية لدى الأطفال التوحديين أنفسهم (عبدالرحمن سليمان، ٢٠٠٢).

وفي إصدار عن المركز الطبي بمدينة ديترويت الأمريكية (١٩٩٨) Detroit Medical Center يتضح أن هذا الاضطراب النمائي الحاد المعروف بالتوحد لا يزال سببه الحقيقي غير معروف للآن، ويضيف مركز مقاومة الأمراض والوقاية منها بالولايات المتحدة (١٩٩٩) Center Disease Control and prevention أن التوحد لا يرتبط بأي تاريخ أسري مرضي أو ممارسات أسرية أو ثقافية، وهو الأمر الذي أدى إلى رفض بعض النظريات التي سادت من قبل والتي ربطتها ببعض السلوكيات الوالدية (عادل عبدالله، ٢٠٠٢ - أ).

٢- عوامل جينية وراثية Genetic Factors:

تشير نتائج العديد من الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الإطار إلى أن العوامل ذات الجذور الوراثية أو الجينية تعد أهم العوامل المسؤولة عن حدوث اضطراب التوحد وأن مثل هذه العوامل إنما ترجع إلى وجود عامل جيني واحد أو أكثر له إسهامه في مثل هذا الصدد، ومن أهم العوامل التي تؤدي إلى اضطراب التوحد مع أنها يمكن أن تؤدي في الوقت ذاته إلى إعاقة عقلية أخرى كالتخلف العقلي على وجه التحديد ما يلي:-

١- حالات التصلب الدرني للأنسجة Tuberous Sclerosis.

٢- حالات الفينيلكيتونوريا phenyl ketonuria.

٣- حالات كروموزم × الهش Chromosome × Fragile.

ومن المعروف أن مثل هذه العوامل تعد بمثابة حالات وراثية في أساسها، وهي مع اعتبارها كذلك فإنها كحالة هي التي تعد وراثية، أما ما ينتج عنها وهو التلف الذي يلحق ببعض خلال المخ فهو دون شك لا يعد وراثياً، ولكنه ناتج عن حالة وراثية (عادل عبدالله، ٢٠٠٤ - ب).

وقد تبين من استعراض بعض الدراسات المسحية التي أجريت لاختبار ما إذا كانت الوراثة تلعب دوراً كعامل مسبب، أن ما بين ٢-٤% من أطفال آباء يعانون

من التوحد قد أصيبوا بالتوحد، وهي نسبة تزيد أكثر من ٥٠% ضعفا عن انتشارها في لمجتمع العام، وفي بحث مقارن بين عينة من التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة) وأخرى من التوائم المتشابهة (من بويضتين مختلفتين) وجد أن التوحد ينتشر بنسبة ٣٦% في المجموعة الأولى، ولم يوجد إطلاقا في العينة الثانية (Hawlin, 1997).

ويرى بايلي وآخرون (Bailey, et. al (1993 أن نسبة التوحديين الذين يظهر لديهم الكروموزوم X الهش حوالي ١٣% منهم ١,٦% من التوائم أو الحالات الفردية التي لها ظروف أسرية مرتبطة بوجود اضطراب معرفي.

وقد أثبتت بعض الدراسات الحديثة إلى أن هناك ارتباط بين التوحد وشذوذ الكروموزومات وأضحت هذه الدراسات أن هناك علاقات ارتباطية وراثية مع التوحد وهذا الكروموزوم (Fragile x) ويعتبر Fragile x شكل وراثي حديث مسبب للتوحد والتخلف العقلي وأيضا له دور أساسي في حدوث مشكلات سلوكية تتمثل في النشاط الزائد Hyperactivity والانفجارات العنيفة والسلوك الأناني ويظهر عند الفرد المصاب بكروموزوم إكس الهش تأخر لغوي شديد وتأخر في النمو الحركي ومهارات حسية فقيرة، وهذا الكروموزوم شائع بين البنين أكثر من البنات ويؤثر هذا الكروموزوم في حوالي ٧ : ١٠% من حالات التوحد (Leda & Helene, 1993).

ويشير نيلسون وإسرائيل (Nelson & Israel (1991 إلى أن الضعف في الكروموزوم X هو المسئول عن حدوث خلل في القدرات العقلية ويؤدي إلى الإصابة بالتوحد ويظهر ذلك في ٥ : ١٦% من حالات التوحد وقد يفسر ذلك انتشار التوحد لدى الذكور أكثر من الإناث، كما أضاف سببا آخر وهو أن التحجر في بعض الخلايا الداخلية Tuberous sclerosis والتي تتحول إلى الجين المسيطر على القدرات العقلية وربما ذلك يؤدي على حدوث ٥% من حالات التوحد.

وترى نهلة غندور (٢٠٠٠) أن التوحد مرض جيني له علاقة بكروموزوم Chromosome رقم ٧ وكروموزوم رقم ١٥ وله أسباب بنوية، وتعني بكلمة أسباب بنوية، بنية الجهاز العصبي المركزي، وبخاصة الدماغ، وتشير إلى أن الدراسات في هذا الحقل أظهرت أن هناك اختلافا في حجم بعض أجزاء الدماغ بين الأطفال المصابين بالتوحد وغير المصابين به، كما أنه اكتشف وجود خلل في نسبة بعض النواقل العصبية Neurotransmitters مثل السيروتونين Serotonin وفي أحجام الخلايا العصبية الموجودة في الدماغ وأن للتوحد أسباب هضمية حيث يفتقر

بعض الأطفال المصابين بالتوحد إلى وجود بعض الإنزيمات التي تساعد في تفكيك بعض المواد الغذائية، وبالتحديد الأطعمة التي تحتوي على مكونات الحليب والقمح وأن وجود هذا الخلل يتسبب في تسرب بعض المواد المفككة إلى الدماغ فتؤثر بالتالي على عمله بشكل سلبي.

ويشير عثمان فراج، ٢٠٠٣ ((ع ٧٣)) إلى أنه من المؤكد أن للوراثة دور كعامل مسبب ولكننا لا نعلم بالضبط ما هو هذا الدور، هل هو مباشر نتيجة جين معين (وفي الغالب أنه نتيجة أكثر من جين واحد) وما هو هذا الجين أو الجينات، وما هو الكروموزوم أو الكروموزومات التي يحملها وعلى أي موقع على الكروموسوم يقع، أو أنه تأثير غير مباشر، بمعنى أن ما يورث هو بمجرد استعداد تبني عليه عوامل بيئية، أو غير مباشر بمعنى أن وجود جين معين أو مجموعة منها يؤدي إلى قصور عضوي أو وظيفي، مثل حالة قصور التمثيل الغذائي PKU أو خلل كروموسومي كما يحدث في العديد من حالات التخلف العقلي، مثل حالة متلازمة داون O. S أو كروموسوم X الهش أو تؤدي إلى خلل في إفراز الناقلات العصبية Neurotransmitters مثل السيروتونين أو إلى نقص أو قصور في جهاز المناعة.

وإلى جانب ذلك هناك بعض الحقائق التي تؤكد على الدور الحيوي للعوامل الوراثية في حدوث هذا الاضطراب منها ما يلي:

١- تؤدي بعض حالات الشذوذ الكروموزومي إلى هذا الاضطراب، ويعد الشذوذ في الكروموزوم رقم ١٣ من أكثر الحالات شيوعاً، ومن المعروف أن شذوذ هذا الكروموزوم مرتبط كذلك بمتلازمة أوشر Usher's Syndrome التي تعد اضطراباً جينياً.

٢- إن هناك عدد من الجينات يتراوح بين ٣ - ٥ جينات تشترك جميعها في حدوث التوحد، ويجب أن تتوفر كلها لدى نفس الشخص مع العلم بأنها غير متضمنة في كروموزوم واحد فقط، بل إنها تتوزع على عدد من الكروموزومات المختلفة، وهي جميعاً تتضمن أنواعاً من الخلل الكروموزومي، وإذا قل هذا العدد عن ذلك فلن يؤدي إلى إصابة الطفل باضطراب التوحد.

٣- إن نتائج الدراسات الميكروسكوبية على الأطفال التوحديين تؤكد عدم وجود خلايا بيركنجي perking cells بالمخيخ لديهم إلى جانب تزايد عدد الخلايا العصبية في مكونات الجهاز الطرفي Limbic من جانبهم.

- ٤- نقص طول ومحيط جذع المخ Brain stem لديهم علما بأن جذع المخ يلعب دورا حيويا في عمليات التنفس، وتناول الطعام، والتوازن، والتناسق الحركي على سبيل المثال.
- ٥- عدم وجود جزأين أساسيين من أجزاء جذع المخ لديهم يتمثل أولهما في النواة الوجهية Facial nucleus التي تتحكم في عضلات الوجه، والتي تكون مسئولة بالتالي عن التعبير اللفظي، بينما يتمثل ثانيهما في الزيتونة العليا Super Olive وهي التي تلعب دورا هاما في توجيه وتوزيع تلك المعلومات المرتبطة بالمثيرات السمعية، ومن المعروف أن هذين الجزئين يتكونان في الأساس من جزء الأنبوب العصبي الذي يتكون الجهاز العصبي المركزي للجنين منه وذلك في الأسابيع الأولى من الحمل.
- ٦- يوجد إلى جانب غياب النواة الوجهية نقص كبير في عدد الخلايا العصبية التي ترتبط بعضلات الوجه حيث يبلغ عددها أربعمئة خلية عصبية لدى الطفل التوحيدي بينما يصل عددها لدى الطفل السليم إلى تسعة آلاف خلية.
- ٧- إن حوالي ٣٠% تقريبا من الأطفال التوحيدين يوجد لديهم زيادة في تركيز مادة السيروتونين التي تعتبر من الناقلات العصبية وذلك في الصفائح الدموية (عادل عبدالله، ٢٠٠٤-ب).
- ولعل من أهم ما يثيره العاملين في مجال التوحد من أسئلة هو : - ما هو الجزء والأجزاء في المخ التي يؤدي قصورها العضوي أو الوظيفي وتلف أنسجتها أو توقف نموها إلى إعاقة التوحد؟ وهو السؤال الذي لم نعرف بدقة الإجابة عليه حتى الآن، البعض يرى أن الأجزاء المرشحة للإجابة على هذا السؤال هي الجهاز الليمباوي Limbic Structure، والمخيخ Cerebellum وجذع المخ Brain Stem والبعض الآخر يراها كامنة في ساق المخ والبعض يرى أنها قصور في الناقلات العصبية Neurotransmitters، ويتكون الجهاز الليمباوي من عدة أجزاء تعمل على توصيل الإشارات العصبية من أجزاء المخ المختلفة إلى وجهاتها المختلفة في الجسم مضافا إليها لمسات انفعالية، وقد أظهرت بعض البحوث التي أجريت على مجموعة من القرود أن تدمير جزء من هذا الجهاز (Amygdale) يؤدي إلى ظهور أعراض تتشابه مع أعراض التوحد عند الأطفال، كما أن جزءا آخر هو Hippo Campus هو المسئول عن حفظ الذاكرة قصيرة المدى، وفي دراسة قام بها M. Bauman ; T. Kemper في مختبر جامعة هارفارد الأمريكية وجدت في هذين الجزأين من الجهاز الليمباوي خلايا عصبية غير مكتملة النضج لم تتمكن من

الهجرة إلى مواقعها المحددة في مخ الطفل التوحيدي وبالتالي تعجز تلك المواقع عن القيام بوظائفها (عثمان فراج، ٢٠٠٣، ع ٧٣).

٣- عوامل بيئية، عصبية، كيميائية:

يذكر رمضان القذافي (١٩٩٤) أنه لم يتم بعد التوصل إلى تحديد العوامل المباشرة لحدوث إعاقة التوحد، ولذلك بقيت هذه العوامل غير معروفة إلا أن بعض الباحثين قد يرجع العوامل المؤدية إلى ظهور الأعراض إلى الاضطرابات العصبية كنتيجة للمشكلات المرتبطة بالتفاعلات الكيميائية الحيوية بالمخ كما قد يرجعها البعض الآخر إلى أسباب بيئية، بينما ترى فئة ثالثة أن الأسباب تعود إلى العوامل المشتركة ما بين العصبية والبيئية.

وقد افترض كرانتز (1998) Krnatiz عددا من العوامل المسببة للاضطراب منها قبل ولادية Pre-natal وبعضها ولادية Natal، وبعضها الآخر بعد ولادية Post-natal وأنها تحدث خلا في المخ، وأن ربع الحالات تعود لمثل هذه العوامل. وتتنحصر هذه العوامل في الحالات التي تسبب إصابة الطفل في الدماغ قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها مثل إصابة الأم بأحد الأمراض المعدية أثناء الحمل أو تعرضها أثناء الولادة لمشكلات مثل نقص الأكسجين أو استخدام آلات جراحية ... الخ أو عوامل بيئية أخرى مثل تعرض الأم للزف قبل الولادة أو تعرضها لحادث أو كبر سن الأم (James, 1996).

ويشير محمد قاسم (٢٠٠١) إلى أنه تزداد نسبة ولادة أطفال توحيدين عند الأمهات اللواتي يحملن بعد سن الخامسة والثلاثين، كما أن نسبة ولادة مثل هؤلاء الأطفال تزيد بين المواليد الأوائل، وذلك حين تكون جميع العوامل الولادية وقبل الولادية مجتمعة مع بعضها.

ويرى سكوبلر (1982) Schopler أن الحالات التي تسبب تلفا للدماغ قبل الولادة أو أثناءها تهيئ الفرصة لحدوث التوحد مثل حالات الاختناق أثناء الولادة والتهاب الدماغ، وتشنجات الرضع Infantile Spasms والالتهاب السحائي Mining it is.

ويؤكد محمود حمودة (١٩٩١) على وجود اعتقاد بأن الحالات التي تسبب تلفا للدماغ قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها تهيئ لحدوث الاضطراب ونضرب أمثلة لذلك من قبيل إصابة الأم بالحصبة الألمانية Rubella والحالات التي لم تعالج من T.S , P K.U والاختناق أثناء الولادة والتهاب الدماغ وتشنجات الرضع.

وقد أكدت دراسات كامبل وآخرون (Campbell, et. al 1995) على وجود شذوذات خلقية عضوية بالمخ لدى الأطفال التوحديين بالمقارنة بأقرانهم الأسوياء، وهذا يفسر حدوث المضاعفات الشديدة في الشهور الأولى من الحمل عند هؤلاء الأطفال، كما أن ٢٠-٢٥% من التوحديين يظهرون اتساع البطينات الدماغية في رسام المخ الكهربائية (EEG) بالرغم أنه لا توجد شذوذات محدودة في الرسام الكهربائي للمخ خاصة بالتوحديين إلا أن هناك ما يثبت خلل سيطرة أحد نصفي المخ على الآخر، بالإضافة إلى ذلك فإن الأطفال التوحديين لديهم احتمالية حدوث نوبات صرعية في وقت ما من حياتهم، خاصة في سن البلوغ، كما أشارت نفس الدراسة على وجود علاقة ارتباطية بين التوحد واضطراب الهيپوثلاموس وتم تفسير هذه العلاقة بناءً على أن اضطراب الهيپوثلاموس يسبب توقف في نشاط الغدة الصماء والانسحاب والتلعثم أثناء الحوار وهذا ما يظهر على الأطفال التوحديين

وفي تقارير برنارد ريملاند (Rimland 1995) تبين وجود خلل أو إصابة في نسيج مركز ساق المخ الذي يعرف باسم Reticular Activating system (R. A. S.) وهو النسيج الذي يتحكم في استقبال عمليات الاستثارة والانتباه والنوم وهي إصابة أو خلل أثناء فترة الحمل فتضعف من قدرة الجهاز العصبي المركزي أو مخ الجنين على الاستجابة للمثيرات الخارجية وحساسيته لها أو الشعور بما يحدث في عالمه المحيط به، كما أنه هو المركز الأساسي للمعرفة بدءاً من استقبالها من الخارج عن طريق الحواس الخمسة مروراً بإدراك معانيها وتشفيرها Coding وتخزينها في الذاكرة واستدعائها عند الحاجة واستخدامها والتجاوب مع مثيراتها أو حل مشاكله بالإضافة إلى أهميتها في التعليم والتخيل والتعبير، كما يؤكد ريملاند أن هذا التنظيم (R. A. S.) الذي يقع في ساق المخ يعمل في تناسق متعاون مع التنظيم الليمباوي Limbic system الذي يقع في مركز المخ في هذه الوظائف، أخذاً في الاعتبار أن الجهاز الليمباوي يعتبر مركزاً لتنظيم وترجمة الانفعالات والعواطف (وهي نقطة الضعف أو الغياب التام عند طفل التوحد) كما أنه مسئول عن التفاعل مع بعض الأمراض الفيروسية.

ويشير هيلي وروبرت (1965) بأن الأطفال التوحديين لديهم شذوذ في عمليات الأيض للتریبتوفان Tryptophan، وقد توصل ساكين وآخرون أثناء القيام بعلاج حالات من الأطفال التوحديين باستخدام عوامل استقبال الدوبامين Dopamin للتخلص من السلوك النمطي، وأن التوحد ينشأ من زيادة النشاط الوظيفي لأجهزة الدوبامين في المخ (Sakhalin, et. el, 1986).

وترى نهلة غندور (٢٠٠٠) أن أحد أسباب الإصابة بالتوحد هو وجود خلل في عدد الخلايا العصبية في بعض من أجزاء الدماغ مع اختلاف حجم بعضها وقلة عدد التشابك فيما بينها، مقارنة مع الأطفال غير المصابين بالتوحد، فمن المعروف علمياً أن عملية التعلم والإدراك تجري في الدماغ على شكل تكاثر كمية التشابك ما بين الخلايا وليس على شكل ازدياد في عدد الخلايا العصبية، ولذلك فإن انخفاض عدد هذه الشبكات العصبية يمكن أن يدل على فقر في التجارب وفي المعلومات مما يحدو بالطفل المصاب بالتوحد إلى السلوك الذي يدركه دون تفريق بين اختلاف المواقف التي يتعرض لها (نهلة غندور، ٢٠٠٠).

أما كامبل وآخرون (Campbell, et. al (1991) فقد أشاروا إلى وجود علاقة عكسية بين معدل بلازما السيروتونين في الدم والوظائف العقلية لدى التوحديين وعند مقارنة عشرة من الأطفال التوحديين بمجموعة من زملائهم العاديين وجد كوهين وآخرون (١٩٨٠) Cohon, et. al, ارتفاع السيروتونين في الدم ونقص في 5-Hydroxyindoleacetic في سائل النخاع الشوكي Cerebrospinal Fluid معدلات ذات دلالة منتظمة لدى الأطفال التوحديين وكذلك ازدياد معدلات حمض الهوموفونانيليك Homovanilic Acid لديهم.

ويرى كندول (Kendal (٢٠٠٠ أن الدراسات الحديثة قد كشفت عن وجود انخفاض نسبي واضح في نشاط النصف الكروي الأيسر من المخ لدى الأطفال التوحديين ومن المعروف أن ذلك النصف هو الذي يتضمن تلك المنطقة الهامة التي تعد هي المسؤولة عن حدوث التواصل، ومع ذلك فلا تزال هناك حقيقة هامة حول أسباب هذا الاضطراب، أو يمكننا من خلالها أن نفسر السبب الذي يجعل الأطفال التوحديين يسلكون بمثل تلك الأساليب غير العادية، أو الذي يؤدي إلى حدوث تلك الأمراض التي تميز هذا الاضطراب، والتي تعتبر بمثابة الملامح الأساسية المميزة له ومع ذلك فهناك شبه إجماع بين الباحثين والعلماء المهتمين بذلك الاضطراب على أنه اضطراباً معرفياً واجتماعياً في الوقت ذاته، وأن هناك أسباباً بيولوجية متعددة وليس سبباً واحداً وحدثت في وقت ما بين الحمل والولادة وأدت بدورها إلى تلك الآثار السلبية ويضيف روتر وآخرون (١٩٩٤) Rutter, et. al أنه ليس هناك سبباً طبياً محدداً نستطيع أن نعتبره في الواقع هو المسئول عن ذلك الاضطراب وذلك عند فحص غالبية حالات التوحد عند عرضها عليهم؛ حيث لم يتوصلوا إلى هذا السبب الطبي المحدد سوى لدى نسبة تتراوح بين ٥-١٠% من تلك الحالات التي قاموا بفحصها ودراستها (عادل عبدالله، ٢٠٠٢-ب).

ويرى البعض أن الخلل في التمثيل الغذائي الناشئ من نقص الأنزيمات التي تحول الأحماض إلى مواد مفيدة للجسم قد ينشأ عنه الإصابة بالتوحد المصحوب بالتخلف العقلي (سميرة السعد، ١٩٩٢).

كما يشير بعض العلماء بأن الخلل في جهاز الإدراك ينتج عنه عدم القدرة على تنظيم استقبال الرسائل ذات العلاقة بالإحساس وعدم القدرة على الإحساس العصبي لكل الحواس وهذا ما يحدث لدى الأطفال التوحديين ويترتب عليه صعوبة تقديم أفكار مترابطة أو ذات معنى للحياة المحيطة لهم (Allen, et. al, 1991)

وفي بحث أجري في جامعة سيائل على عينة من ١٩٢ طفلاً توحدياً تبين من فحص M. R. I. (الرنين المغناطيسي للمخ) وجود تلف في الفص الصدغي Tempered lope في ٢٩ حالة من تلك الحالات، فإذا علمنا أن هذا الفص توجد عليه مراكز التفاهم والتفاعل الاجتماعي فإننا نستطيع الربط بين هذا التلف العضوي وإعاقة التوحد، حيث يعتبر القصور الاجتماعي من أهم أعراضه (Bailey, Philips & Rutter, 1996).

كما أكدت بعض النظريات الحديثة على أن هناك ضعفاً أولياً (متعددًا) في القدرات العقلية المعرفية وشذوذاً في المنظومة العصبية على مستوى العصبونات وخاصة محاور الخلايا العصبية التي تعتبر المسارات الشائعة للنقل العصبي إلى القشرة المخية، وأنها المسؤولة عن الأعراض المرضية في الاضطراب وتستند هذه النتائج إلى عدد كبير من المعطيات العلمية المتجمعة ولكن ينقصها الدعم التجريبي. ويذكر عثمان فراج (٢٠٠٣ ع ٧٣) لبعض العوامل البيئية التي قد تسبب حدوث إعاقة التوحد على النحو التالي.

- ١- التلوث الكيميائي وخاصة بمركبات المعادن الثقيلة كالرصاص والزرنيخ والزرنيخ وغيرها Heavy Metals, Environmental Pollution.
- ٢- أحد صور خلل التمثيل الغذائي Metabolism مثل حالات PKU أو مرض السكري Diabetes.
- ٣- خلل أو قصور في الجهاز المناعي Immuneintallence.
- ٤- إصابة بكتيرية أو فيروسية مثل التهاب الغدد النكافية أو التهاب الكبد الوبائي مثل Hepatitis.B أو الإيدز Aids أو نقص المناعة المكتسبة أو إصابة الأم بالحصبة الألمانية.
- ٥- انقطاع وصول الأكسجين إلى مخ الجنين أثناء الحمل أو الولادة العسرة أو بسبب التسمم بأول أكسيد الكربون.

٦- يعتقد بعض المتخصصين أن لبعض الفاكسينات التي يخصص بها الأطفال في مرحلة المهد هي العامل المسبب للتوحد (وبالذات الطعم الثلاثي للحصبة والحصبة الألمانية والتهاب الغدد النكفية (MMR)) وبالرغم من أنه تتوافر بعض الأدلة على ذلك فإن أحد منها لم يكن قاطعاً أو حاسماً أو تفتقر إلى المنهجية العلمية والأدلة الصارمة.

٧- يربط بعض الباحثين بين التوحد وبعض البروتينات التي تتكون في معدة بعض الأشخاص الذين يعانون من مشاكل في تمثيل وهضم Rogue peptides وأن هذه المواد تعرقل عمل الناقلات العصبية Neurotransmitters والهرمونات والتي تصل إلى مخ الطفل مع الدم بما يؤدي إلى إعاقة نمو المخ أو تلف بعض خلاياه وبالتالي التوحد.

٨- يرى البعض الآخر أن هناك علاقة سببية بين التوحد والقصور الذي يصيب جهاز المناعة عند الطفل نتيجة حساسية عالية لبعض المواد الغذائية (مثل كازين اللبن أو جلوتين القمح) التي يتناولها بما يؤدي إلى مهاجمة خلايا المخ وتلفها وبالتالي حالة التوحد.

ويضيف عادل عبد الله (٢٠٠٤) بأن العوامل البيئية التي يمكن أن تؤثر على اضطراب التوحد وتؤدي له متعددة ومن بين هذه العوامل مسببات كثيرة تؤدي كذلك إلى التخلف العقلي منها ما يلي:

١- تعرض البويضات أو الحيوانات المنوية قبل الحمل للمواد الكيماوية أو للإشعاعات يمكن أن تؤدي إلى ذلك.

٢- التلوث الغذائي عن طريق استخدام الكيماويات قد تؤدي إلى حدوث تسمم عضوي عصبي يسبب اضطراب التوحد خاصة إذا ما تعرضت له الأم الحامل، أو الطفل بعد ولادته، أو إذا ما تعرضت البويضات أو الحيوانات المنوية أو البويضة الملقحة لذلك.

٣- التلوث الإشعاعي أو التعرض للأشعة سواء الأشعة السينية (X) أو التسرب الإشعاعي أو استخدام النفايات النووية في الأسلحة التقليدية أو دفن تلك النفايات بشكل يجعل من الممكن بالنسبة لها أن تؤثر على الأفراد.

٤- التعرض للأمراض المعدية، وخاصة تعرض الأم الحامل لها وإصابتها بها، أو تعرض الطفل لها في بداية حياته، أو خلال عامه الأول، وتعد هذه الأمراض المعدية هي نفسها التي تؤدي إلى الإعاقات العقلية الأخرى، وربما إلى الإعاقات الحسية كذلك.

- ٥- تعاطى الأم الحامل للعقاقير بشكل منتظم وخاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل مهما رأت أن العقار المستخدم يعد بسيطاً، فعلى سبيل المثال اتضح أن عقار الثاليدوميد Thalidomide الذي كان يستخدم لتثبيت الحمل يعد من العوامل المؤدية إلى اضطراب التوحد، بل وإلى التخلف العقلي كذلك، وإلى مختلف الإعاقات الحسية أيضاً.
- ٦- تعاطى الأم الحامل للكحوليات وهو ما يؤدي عادة إلى ما يعرف بزملة تعرض الجنين للكحوليات 4 Fetus Alcohol Syndrome وهو الأمر الذي يؤدي به إما إلى التخلف العقلي أو اضطراب التوحد (عادل عبد الله، ٢٠٠٤-ب).

الفصل الخامس

الأعراض Symptoms

الفصل الخامس

الأعراض Symptoms

إن التعرف على الأعراض الحقيقية لهذه الإعاقة أهمية كبيرة في عمليات التشخيص السليم لها لأن بعض هذه الأعراض قد تتشابه مع أعراض بعض أنواع من الإعاقات الأخرى كالتخلف العقلي أو صعوبات (وإعاقات) التعلم Learning Disability and Mental Retardation وربما أيضا مع بعض أعراض الفصام الطفولي Childhood Schizophrenia أو الاكتئاب Depression فإن من الضروري الإلمام بتفاصيل هذه الأعراض أخذين في الاعتبار ما يلي:

١- أنه ليس من الضروري أن تظهر جميع هذه الأعراض في كل حالة من الحالات التي تعاني من إعاقة التوحد بل قد يظهر بعضها في حالة معينة ويظهر البعض الآخر في حالة أخرى.

٢- أنه قد تتباين ظهور هذه الأعراض من حيث الشدة أو الاستمرارية أو السن الذي يبدأ فيه العرض في الظهور وقد تبدأ ظهور أعراض التوحد في بعض الحالات في خلال الشهور الستة الأولى بعد الميلاد، ولكن الأغلب أن يكون ظهورها فيما بين العامين الثاني والثالث، أو خلال الشهور الثلاثين الأولى من عمر الطفل (عثمان فراج، ١٩٩٥، (٤١)).

وقد أشار كل من اورنتز ورتفو (١٩٧٣) Orintiz & Ritvo إلى أن إعاقة التوحد يجب التعرف عليها من ملاحظة السلوك وأن هذه السلوكيات تحدث كمجموعات من الأعراض وتعكس شذوذ النمو وتتضمن هذه الجوانب تنظيم الإدراكات، أنماط الحركة، المقدرة على التعلق، اللغة، والسرعة في النمو ومع أنهما لا يوافقان على وجهة النظر القائلة بأن إعاقة التوحد يجب أن يتم التعرف عليها وتشخيصها كزملة أعراض سلوكية إلا أن اورنتز ورتفو يضيفان أنه يجب اعتبارها مرضا ووجهة نظرهما تلك لها ما يبررها، فهما لا يعترفان بوجود عرضا بمفرده، أو مجموعة من الأعراض تحدث بشكل متزامن، علاوة على أنه لا يوجد عرض واحد أو مجموعة من الأعراض تدل على وجود المرض، وذكرنا بالإضافة لما سبق أن الفشل في النمو لدى الأطفال الذين يعانون من إعاقة التوحد سببه اضطراب تنظيم الإحساس (يوسف القريوتي وآخرون، ١٩٩٥).

ويشير محمد حموده (١٩٩١) في تناوله للأعراض المصاحبة لإعاقة التوحد إلى أن الطفل التوحدي الأصغر سنا يكون أشد إصابة وأكثر إعاقة والأعراض المصاحبة أكثر وأنها قد تشمل:

- ١- شذوذ في نمو المهارات المعرفية دون اعتبار لمستوى الذكاء العام، وفي معظم الحالات يوجد تشخيص مصاحب من التخلف العقلي، غالبا متوسط الدرجة (معامل ذكاء ٣٥-٤٩) Moderate Mental Retardation.
- ٢- شذوذ الوضع والحركة مثل الآلية الحركية (ررفة الذراعين والقفز وحركات الوجه التكتشيرية) والمشي على أطراف أصابع القدمين والأوضاع الغريبة لليد والجسم وضعف التحكم الحركي.
- ٣- الاستجابات الغريبة للإثارات الحسية مثل تجاهل بعض الإحساسات (مثل الألم أو الحرارة أو البرودة) بينما يظهرون حساسية مفرطة لإحساسات معينة (مثل قفل الأذنين تجنباً لسماع صوت معين، وتجنب ان يلمسه أحد) وأحيانا يظهر انبهارا ببعض الإحساسات مثل التفاعل المبالغ فيه للضوء.
- ٤- شذوذ في الأكل والشرب والنوم (مثل قصر الطعام على أنواع قليلة، أو شرب السوائل بكثرة، والاستيقاظ المبكر ليلا بهز الرأس وأرجحتها أو خبط الرأس).
- ٥- شذوذ الوجدان مثل القلب الوجداني (أي الضحك أو البكاء دون سبب واضح) والغياب الظاهري للتفاعلات العاطفية ونقص الخوف من مخاطر حقيقية والخوف المفرط كاستجابة لموضوعات غير مؤذية أو أحداث، والقلق Anxiety العام والتوتر Tension.
- ٦- سلوك إيذاء النفس Self- injurious Behavior مثل خبط الرأس في الحائط أو عض الأصابع أو اليد وقد يصاحب هذه الأعراض بالإضافة إلى ما سبق اضطرابات نفسية أخرى مثل نوبات الاكتئاب العظمى في المراهقة أو الحياة البالغة.

ويصف رمضان القذافي (١٩٩٤) أعراض التوحد بقوله أنه على الرغم من مظهر الأطفال الطبيعي إلا أنه يلاحظ عليهم عدم الميل إلى غيرهم من الأطفال بشكل طبيعي بالإضافة إلى تميزهم بالاضطراب السلوكي الاجتماعي Social Behavior Disorder والانفعالي والذهني كما يضيف أن هذه الحالة (مرض التوحد) يتميز بشكل خاص بعدم القدرة Inability على الانتماء للآخرين حسيا أو لغويا واضطراب الإدراك مما يؤدي إلى عدم الفهم أو القدرة على التواصل أو التعلم أو المشاركة في النشاطات Activities الاجتماعية.

ويصف ريتشارد سوين (١٩٧٩) الأطفال المصابين بالتوحد بأنهم يكونوا على درجة غير عادية من حسن الصحة والجاذبية، وأنهم ينحدرون عن آباء أذكاء وعلى درجة عالية من التعلم فإذا وصل الرضيع إلى الشهر الرابع تراه قد يظهر التبدل وعدم الاكتراث بالناس كما قد تجده من بعد ذلك يجلس وحيدا وقد بدأ على عينيه الانشغال ببعض الأمور، ثم أن هناك أعراض أخرى من بينها التآرجح أو ضرب الحائط بالرأس والإصرار على أن تظل البيئة دون تغير، أو النمو غير المتماثل بحيث تنمو بعض المهارات إلى حد أكبر من الأخرى، والطفل التوحدي يبدي الاشتغال أو الانشغال الشديد بالأشياء الميكانيكية ويستجيب بعنف إن قوطع أو أزعه أحد وكثيراً من الآباء يتوهمون الصمم في أمثال هؤلاء الأطفال بسبب قلة الاستجابة لديهم والهالوس لا وجود لها، كما أن الأطفال الاجتراريين " التوحدين " إما أن تعوزهم الكلمات " أنا " أو " نعم " وإما أن يستخدمونها في كلامهم ولكن بدرجة قليلة جداً.

كما يرى كوجيل وآخرون (١٩٨٢) Koegel, et. al أن الأطفال ذو الأوتيزم (التوحد) تظهر عليهم أعراض الانسحاب الاجتماعي Social withdrawal والانسواء على النفس وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين كما يوجد لديهم اضطراب في اللغة وفي القدرات الإدراكية المعرفية كما أنهم يعانون من ضعف في الانتباه وعدم القدرة على فهم التعليمات اللفظية والتحكم في الحركات الدقيقة فضلاً عن وجود نشاط حركي مفرط Hyper kinesis (عبدالمنان معمر، ١٩٩٧).

ويتناول كمال دسوقي (١٩٨٨) أعراض الاجترار الطفولي المبكر (التوحد) Early Infantile Autism مشيراً إلى أن كانر kanner يستخدمه للإشارة إلى الأطفال الذين يكون ملحوظا عليهم منذ بدء حياتهم الانسحاب المبالغ، وبعد المنال Inaccessibility للاستغراق في الذات، وعدم القدرة على إقامة علاقات عادية مع الناس، وأن مثل هؤلاء الأطفال يكشفون عن وحدة مفرطة، ورغبة قلقة متسلطة في الإبقاء على حالتهم كما هي Statuesque بالإضافة إلى أن صعوبات اللغة شائعة وتشمل البكم Mutism واستعمال النفي اللفظي كوقاية سحرية من الأحداث غير السارة، والنص الحرفي، وعدم قبول مرادفات أو مختلف دلالات نفس العبارة والنوع الترجيحي (المصاداه) Echolalia في تكرار الجمل الكاملة واستعمال الضمائر مقلوبة كإشارة الطفل لنفسه بضمير أنت ولمخاطبه بضمير أنا نمط شائع وله دلالة على نوع المرض، ويضيف كمال دسوقي على ما يظهر فالتقوهات Utterances بالفاظ لا معنى لها أو بلهاء أو غير ملائمة أو صحيحة كثيرة الحدوث

وتمثل في الحقيقة تحولات خاصة ومجازية داخل النفس، وصوت مثل هذا الطفل يفقد النغمة الانفعالية والقدرة التعبيرية ويبدو أنه غريب على الشخصية ذاتها ومن المحتمل أن الكثير من مثل هذه إن لم يكن كلها تمثل فصام الطفولة.

ويشير فتحي عبد الرحيم (١٩٩٠) إلى أعراضه في ضوء ما أورده كل من تيلفورد Telford وساوري Sawary في تصنيفهما للاضطرابات الانفعالية على أساس مظاهر القلق Anxiety والانسحاب Withdrawal والعدوان الذي يتميز بالعنف Hostile Aggression وذلك بأن وضعاً إعاقاً التوحد ضمن مظاهر الانسحاب من الواقع Withdrawal From Reality وذكر أنها تشتمل على حالات تتميز بـ:

- ١- الانفصال الشديد عن الواقع.
 - ٢- القصور أو الإخفاق في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين.
 - ٣- التردد الآلي (المصاداه) للكلمات والمقاطع التي ينطق بها الآخرون.
 - ٤- الجمود بمعنى المحافظة على نفس الأشياء ومعارضة أي تغيير في الحياة (الروتينية).
 - ٥- الثبوت ويعني التكرار الرتيب للأفعال أو الأقوال.
- كما ذكر سبيزر (١٩٨٧) Spitzer أن أعراض التوحد تنحصر في ثلاثة عناصر رئيسية هي:

- ١- اضطراب كفي في التفاعل الاجتماعي.
 - ٢- اضطراب في النشاط التخيلي والقدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي.
 - ٣- الانغلاق على النفس وعدم الاهتمام بالأحداث والمنبهات الخارجية.
- ويشير رمضان القذافي (١٩٩٤) لأعراض التوحد على أنها:

- ١- اضطراب الكلام أو عدم الكلام مطلقاً وفي هذه الحالة يكون الأطفال عديمي الكلام وإذا ما تكلموا فإن كلامهم يبدو غريباً وغير مفهوم أحياناً ولا يعمل الأطفال التوحديون عادة على محاكاة غيرهم أو تقليدهم في الكلام مثلما يفعل نظراؤهم من الأطفال الأسوياء.

- ٢- ابتعاد الأطفال عن إقامة علاقات اجتماعية مع غيرهم وعدم الرغبة في صحبة الآخرين أو تلقي الحب منهم وأهم ما يلاحظ في هذا الصدد هو عدم استجابة الأطفال لانفعالات الوالدين أو تبادلهم نفس المشاعر وعدم الاستجابة لما يصل إليهم من مثيرات عن طريق غيرهم من البشر ويظل الطفل معظم وقته ساكن

- لا يطلب من أحد الاهتمام وإذا ما تبسم فإنما يكون للأشياء دون الناس كما أنه يرفض الملاطفة والملاعبة ويعمل على تجنبهما.
- ٣- ظهور الطفل بمظهر الحزين دون أن يعي ذلك، وبحيث يبدو كأنه غير قادر على إظهار أي من الانفعالات الأخرى بشكل مميز تبعاً لما يستدعيه الموقف.
- ٤- اضطراب النمو العقلي للطفل في بعض المجالات مع ظهور تفوق ملحوظ أحياناً في مجالات أخرى، ويبدو على بعض الأطفال أحياناً مهارات ميكانيكية عالية حيث يتوصلون تلقائياً إلى معرفة طرق الإنارة وتشغيل الأقفال، كما قد يجيدون عمليات حل وتركيب الأدوات والأجهزة بسرعة ومهارة فائقتين، وقد يبدى بعض الأطفال تفوقاً ومهارة موسيقية في العزف واستخدام الأدوات الموسيقية.
- ٥- إظهار الطفل للسلوك النمطي المتصف بالتكرار وبخاصة في اللعب ببعض الأدوات بطريقة معينة أو تحريك الجسم بشكل معين وبدون توقف دون شعور بالملل أو الإعياء ونظراً إلى اتجاه الأطفال للعب بالأشياء فقد يستغرقون في تكرار عمل الأشياء نفسها بشكل متكرر ودون كل.
- ٦- كثرة الحركة أو ميل الأطفال إلى الجمود وعدم الحركة فقد نجد بعض هؤلاء الأطفال كثيري الحركة *Hyperkinesias* ولا يميلون إلى السكون، بينما يبقى بعضهم الآخر في حالة عزلة عن العالم حسياً وحركياً.
- ٧- عدم الإحساس بالظواهر بالألم وعدم تقدير هؤلاء الأطفال للمخاطر التي يتعرضون لها والتي يعيدون التعرض لها المرة تلو المرة، على الرغم من الأضرار التي قد تلحقهم أو الإيذاء الذي يصيبهم.
- ٨- ظهور الأطفال بمظهر الاختلاف عن الآخرين مع سرعة الانفعال في حالة تدخل أحد في شؤونهم وشدة غضبهم الذي يظهر فجأة، وتبدوا هذه الصورة بوضوح في حالات الأطفال الذين لم يتعدوا خمس سنوات من عمرهم على وجه الخصوص.
- ٩- الميل إلى الاستجابة بشكل غير طبيعي لبعض المثيرات؛ بحيث يبدو الطفل وكأنه مصاب بالصمم أحياناً، بينما قد يعمل على الاستجابة لبعض الأصوات بشيء من المغالاة أحياناً أخرى، ويبدو واضحاً أن هؤلاء الأطفال يكرهون سماع بعض الأصوات في نفس الوقت الذي لا يستجيبون فيه لغيرها من الأصوات.

ويشير عثمان فراج (١٩٩٤) إلى أن الطفل المصاب بالتوحد يمكن التعرف عليه من خلال عرضه لثمان أعراض وهي:

١- **القصور الحسي:** إذ يبدو الطفل التوحدي كما لو أن حواسه قد أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازه العصبي فإذا مر شخص قريب منه وضحك مثلاً أو سعل أمامه أو نادى عليه فإنه يبدو كما لو كان لم ير أو يسمع أو أنه قد أصابه الصمم أو كف البصر وما أن تزداد معرفتنا بالطفل فإننا ندرك بشكل واضح عدم قدرته على الاستجابة للمثيرات الخارجية، وهذا قد يؤدي الفشل في اكتساب اللغة وكافة وسائل الاتصال الأخرى إلى قصور في عمليات الإدراك الحسي وغيرها من العمليات العقلية الأخرى كالتخيل والتذكر ومعالجة المشكلات والاستيعاب وغيرها.

٢- **العزلة العاطفية أو البرود الانفعالي:** حيث لا يتجاوب الطفل مع أي محاولة لإبداء العطف أو الحب له، وكثيراً ما يشكو أبواه من عدم اكتراثه أو عدم استجابته لمحاولتهما تدليله أو ضمه أو تقبيله أو مداعبته، بل وربما لا يجدان منه اهتماماً بحضورهما أو غيابهما عنه، وفي كثير من الحالات يبدو الطفل وكأنه لا يعرفهما أو يتعرف عليهما وقد يمضي ساعات طويلة وهو في وحدته لا يهتم بالخروج من عزلته أو تواجد الآخرين معه ومن النادر أن يبدي عاطفة نحو الآخرين، بل تنقص في كلامه النغمة الانفعالية والقدرة التعبيرية.

٣- **الاندماج الطويل في سلوك نمطي متكرر:** فكثيراً ما يقوم الطفل الاجتراري لفترات طويلة بأداء حركات معينة يستمر في أدائها بتكرار متصل كهززة قدميه أو جسمه أو رأسه أو الطرق بإحدى يديه على رصغ اليد الأخرى أو تكرار إصدار نغم أو صوت أو همهمه بشكل متكرر وقد يمضي الساعات محملاً في اتجاه معين أو نحو مصدر الضوء أو صوت قريب أو بعيد أو نحو بندول ساعة الحائط أو ساعة تدق ولا تكون هذه الأفعال أو الأنماط السلوكية استجابة لمثير معين بل هي في واقع الأمر استثارة ذاتية تبدأ أو تنتهي بشكل مفاجئ تلقائي، ثم يعود إلى وحدته المفرطة وانغلاقه التام على نفسه وعالمه الخيالي الخاص ورغبة قلقة متسلطة في البقاء طويلاً على حالته كما هي.

٤- **نوبات الغضب أو إيذاء الذات Self-Injurious Behavior:** وبالرغم من أن الطفل التوحدي قد يمضي ساعات طويلة مستغرقاً في أداء حركات نمطية Stereotyped أو منطوية على نفسه لا يكاد يشعر بما يجري حوله فإنه أحياناً ما يثور في سلوك عدواني موجه نحو واحد أو أكثر من أفراد أسرته أو

أصدقاء الأسرة أو المتخصصين Specialists العاملين على رعايته أو تأهيله ويتميز هذا السلوك العدواني بالبدائية كالعض والخدش (الخربشة) والرفس وقد تشكل عدوانيته إزعاجا مستمرا لوالديه بالصراخ وعمل ضجة مستمرة أو عدم النوم ليلا لفترات طويلة مع إصدار أصوات مزعجة، أوفي شكل تدمير أدوات أو أثاث أو تمزيق الكتب أو الصحف أو الملابس أو بعثرة أشياء على الأرض أو إلقاء أدوات من النافذة أو سكب الطعام على الأرض إلى غير ذلك من أنماط السلوك التي تزعج الأبوين اللذين يقفان أمامهما حائرين وكثيرا ما يتجه العدوان نحو الذات حيث يقوم الطفل بعض نفسه حتى يدمي نفسه أو يضرب رأسه في الحائط أو يعض الأثاث أو قد يتكرر ضربه أو لطمه على وجهه بإحدى أو كلتا يديه.

٥- القصور اللغوي والعجز عن التواصل: فكثيرا ما يعتقد بعض الآباء أن الطفل يعاني من الصمم وبالتالي البكم Mutism بينما تثبت الملاحظة الطويلة أن الطفل رغم أن الأصوات العالية قد لا توجد استجابة لديه فإنه يمكن أن يسمع حفيف الريح أو ورق الجريدة أو أوراق الألومنيوم التي تغلف قطعة الشيكولاته.

٦- التفكير الاجتراري المنكب على الذات: يتميز الطفل الاجتراري (التوحيدي) Autistic child بالاجترار المستمر والذي تحكمه أهواء أو حاجات أو رغبات النفس فقد يمضي من الوقت ساعات وساعات غارقا في ذاته غير شاعر ولا ملتفت إلى ما يجري حوله لا يميز بين شخص وآخر ويصر على أن يترك وشأنه وحيدا وقد يثور ويتهور إذا حاول أحد تغيير هذا الوضع الذي قد يستمر لساعات طويلة فهو دائما منغلِق على ذاته.

٧- قصور في السلوك التوافقي: فالطفل التوحيدي لديه عجز في العديد من الأنماط السلوكية التي يستطيع أداؤها الأطفال العاديين ممن هم في نفس سنه ومستواه الاجتماعي والاقتصادي ففي سن الخمس سنوات من عمره قد لا يستطيع الطفل التوحيدي أداء أعمال يقوم بها طفل عمره الزماني ثلاث سنوات أو أقل وهو يعجز عن رعاية نفسه أو حمايتها أو إطعام نفسه بل يحتاج لمن يطعمه أو يقوم بخلع أو ارتداء ملابسه.

٨- الأفعال القسرية والطقوس النمطية: غالبا ما يتعصب أو يثور الطفل التوحيدي عند إحداث أي تغيير في سلوكه الروتيني اليومي أو في المحيط الذي يعيش فيه فبمجرد تغيير الكوب الذي اعتاد شرب اللبن فيه أو تغيير ترتيب قطع الأثاث

قد يدفعه إلى البكاء أو اندلاع ثورة غضب وكثيرا ما يندمج الطفل في سلوك نمطي كما لو كان طقوسا مفروضة عليه، كأن يحرك ذراعه بشكل معين يستمر عليه لفترات طويلة أو يطرق بيده على رأسه أو يدور حول نفسه أو حول طاولة أو مائدة في الغرفة أو يجلس محملا في مروحة هواء تدور ويظل دقائق أو ربما ساعات على مثل هذه الأوضاع أو غير ذلك من الأفعال القسرية والتي لا تحتمل إزعاجه أثناء قيامه بها.

وحدد رويرز (1995) Roeyers أعراض التوحد على النحو التالي:

- ١- يبدأ قبل ثلاثين شهرا من عمر الطفل.
- ٢- افتقاد الاستجابة للآخرين.
- ٣- صعوبات في النمو اللغوي.
- ٤- مقاومة التغيير.
- ٥- الإصرار على الروتين.
- ٦- الهلوسة أثناء النوم.
- ٧- قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي.
- ٨- ضعف في القدرة العقلية.
- ٩- صعوبات في فهم الانفعالات.
- ١٠- ترديد الكلمات.

ويشير محمد شعلان (١٩٧٩) إلى أن الطفل لا يستطيع تكوين علاقات ذات معنى مع الآخرين على غير حالات الفصام، حيث يكون الطفل قد كون علاقاته ثم انتكس وهي أعراض وإن كانت تبدو جزء من طبيعة الطفل في شهوره الأولى، إلا أنها مبالغ فيها وهي على أية حال لا تشد الاهتمام إلا حينما يبدأ الطفل في النمو، ويتضح الفرق بينه وبين الأطفال الآخرين بل على العكس فإن ظهور هذه الأعراض في الشهور الأولى قد بأخذ صورة الهدوء المبالغ فيه فتبدو على الطفل الطمأنينة حينما يترك وحده كما أنه لا يخاف الغرباء وإن كان لا يصادقهم وتزداد الأعراض وضوحا بعد العام الأول فالمفروض أن يبدأ الطفل في تعلم الكلام في هذه السن، إلا أن الطفل التوحدي ينغلق على نفسه ولا تظهر لديه حاجة إلى الاتصال بالآخرين فيصبح استخدامه للغة بالتالي غير ضروري، ومن ثم فإنه يتأخر في استخدام اللغة وذلك إذا تعلمها فكثيرا ما تجد فيها مظاهر الاضطراب كأن يكرر الطفل كلمات أو جمل أو قد يردد ما يقال له Echolalia أو يكرر الكلمة النهائية في كل جملة وقد يخلط بين معاني الكلمات، ويخطئ في تسمية الأشياء

رغم أنه قد يتعرف على الأشياء ذاتها ومع هذا فقد يجيد التعبير بوسائل أخرى مثل الموسيقى والرسم، وإذا كان الكلام يمثل جانباً من وسائل الاتصال بالآخرين فإن السمع يمثل جانباً آخر وهنا أيضاً قد نجد مظاهر الاضطراب في انغلاق الطفل على ذاته بدرجة قد تجعله يبدو كما لو كان لا يسمع الآخرين وتبدو استجابته للأصوات الأخرى غير الكلامية أفضل، وينطبق هذا على وسائل الإدراك الأخرى مثل البصر واللمس والتذوق، فهو يميل إلى الخلط بين الشكل والأرضية ويكاد يوزع نظره على الأشياء دون تركيز فقد يرى أشياء على أطراف مجاله النظري وقد لا يستطيع التفرقة بين درجات الحرارة أو طعم الأشياء، وقد يجد صعوبة في التوفيق بين الحركة والصوت (الرقص مثلاً) وعلى مستوى السلوك الحركي نجد لدى الأطفال التوحدين بعض الحركات الغريبة مثل لي الأصابع والأذرع، وكذلك الاهتزاز وخبط الرأس؛ ولكن في الغالب هي الحركات التي بواسطتها يبدو أن الطفل يسعى للتلامس مع البيئة والتعرف عليها، فهو لا يحس بالأشياء والأشخاص إلا إذا تعامل معها جسدياً وحركياً ورتبها وكذلك لا يطبق التجديد والتغيير؛ وفي مجال المزاج فإن البرود العاطفي هو العنصر المميز ولكننا قد نجد انفعالات مبالغاً فيها ولا تتفق مع الموقف، فقد يخاف الطفل الاجتراري لسبب تافه ومع هذه الاضطرابات الإدراكية والحركية والمزاجية فإن صورة الجسم لدى الطفل لا بد وأن تتأثر وكذلك سوف يتأثر النمو وفي هذه الحالة قد ينمو الطفل في مجالات معينة، نستطيع أن نقول إنها المجالات التي يقل فيها العامل الإنساني، إذ أن علاقته بالأشياء تكون أفضل من علاقته بالأشخاص.

ويذكر لطفي الشربيني (٢٠٠٠) أن أعراض التوحد لا تظهر واضحة في العام الأول، أو الثاني للأطفال الذين يصابون فيما بعد بالتوحد، فيما عدا بعض علامات العنف والمقاومة والرفض عند قيام الأم برعايته، أو العكس من ذلك الهدوء الزائد وعدم المبالاة أو الاستجابة للمحيطين به وتبدأ الأعراض المرضية في الظهور بعد العام الثاني وأهمها :

١- يبدو الطفل التوحدي بمظهر جذاب وصحة جيدة ولكن يكون منعزلاً هادئاً ويقوم بنشاط متكرر مهتماً بشيء ما يستخدمه في اللعب مثل حجر صغير أو علبة فارغة، ويثور إذا أخذ منه هذا الشيء ويدخل في نوبة انفعال.

٢- الاستجابة للمؤثرات والأصوات تكون غير طبيعية، وقد يتجاهل الطفل التوحدي صوت مرتفع بينما يستجيب لصوت آخر ويجد صعوبة في فهم اللغة، ويبدو كما لو أنه لا يفهم الكلام عموماً ولا يرد على من يناديه باسمه

وبعض هؤلاء الأطفال لا يتكلم نهائياً (حوالي ٥٠%) بينما يردد البعض الآخر كلمات قليلة في تكرار أجوف كالبيغاء كما أن لديهم بعض العيوب في نطق الكلمات والحروف.

٣- لا يستطيع الطفل التوحيدي فهم الأشياء التي يراها، وهو يركز على جزء من الصورة حين تعرض عليه ولا يمكنه فهم الإشارات أو تقليد حركات الآخرين المعبرة وتصدر عنه حركات جسدية غير مألوفة مثل الدوران حول نفسه أو القفز أو التصفيق أو السير على أطراف الأصابع.

٤- لدى هؤلاء الأطفال بعض مظاهر العشوائية وعدم التناسق في أداء الحركات مما يزيد من صعوبة تعليمهم مهارات خاصة بالإضافة إلى أنهم يتصرفون كما لو أنهم وحدهم وليس معهم أحد ولديهم مقاومة للتغير وخوف شديد من الغرباء ولا يستطيعون اللعب مع أقرانهم، أو تعلم السلوك الاجتماعي الملائم. ويذكر محمد حمودة (١٩٩١) أن أعاقة التوحد تبدأ قبل الثالثة من العمر في الغالبية العظمى من الحالات وقليل ما تبدأ بعد ذلك في الخامسة أو السادسة من العمر، وغالباً ما يصعب تحديد السن الذي يبدأ عنده الاضطراب، ما لم يكن هؤلاء الذين يعتنون بالطفل قادرين على إعطاء معلومات دقيقة عن نمو اللغة والتفاعل الاجتماعي فالظاهر في مرحلة الرضاعة (العامين الأولين من العمر) إنه يصعب رصد مظاهر الاضطراب فيها ففي الشهور الأولى قد تأخذ الأعراض صورة الهدوء المبالغ فيه، مع غياب الابتسامة الاجتماعية التي تبدأ عادة في سن شهرين وغياب ابتسامة التعرف التي تظهر عادة في سن أربعة أشهر، فتشكو الأم من أن الطفل لا يعرفها، ولا يقبل عليها عندما تلتقطه من فراشه أي لا يأتي بحركات توقعية Anticipatory Movement التي يأتيها الطفل العادي السوي في سن أربعة شهور تقريباً، وقد لا يلاحظ الآباء الاضطراب لدى الطفل إلا عندما يوجد مع أطفال آخرين (مثل دخول المدرسة) وقد يعتبرون هذه هي البداية، إلا أن التاريخ التطوري المفصل والدقيق سوف يكشف غالباً بداية مبكرة عن ذلك وقد يرجع الوالدان التغير إلى حدث معين، مثل ولادة طفل أصغر، أو أصابته بمرض شديد أو حادثة أو صدمة عاطفية، وتظل مظاهر الاضطراب في أغلب الحالات طيلة حياة الشخص، وبعض الأطفال يتحسن تواصلهم وتفاعلهم الاجتماعي ومهارتهم اللغوية عند سن الخامسة إلى سن السادسة، ويمكن أن يحدث البلوغ تغيراً في أي من الاتجاهين: التحسن والتدهور، وقد يتفاقم العدوان والعناد، أو أي سلوك مضطرب آخر ويظل لعدة سنوات، ونسبة قليلة من هؤلاء الأطفال تصبح قادرة فعلاً على

توجيه حياتها بشكل مستقل بأقل قدر من علامات الاضطراب، ولكن الاختلال الاجتماعي والحمق قد يظل لدى النسبة العظمى الذين يظلون معاقين وهناك عوامل تتبى بمصير إعاقة التوحد على المدى الطويل وهي معامل الذكاء (Intelligence Quotient (IQ ونمو المهارات الاجتماعية واللغوية.

ويشير علاء كفاقي (٢٠٠١) إلى أن ليوكانر (Leo Kanner) هو أول من وصف هذا الاضطراب في بداية الأربعينات من القرن العشرين، وهو يشير إلى الاختلالات الاجترارية Autistic Disturbances التي توجد في الاتصال الوجداني Affective Contact ووجد أن هناك أعراضاً تظهر عند مجموعة من الأطفال تتجمع عند عجز الفرد عن التواصل مع الناس بالطرق العادية وبالقدر الكبير من الضرر في استخدام اللغة حيث يميل الطفل إلى تكرار ما يسمع بدلاً من أن يستجيب له وإلي أن يستبدل الضمائر بدلاً من أن يستخدمها حسب ما يقتضيه المعنى، مع ميل إلى حفظ مواد ليس لها قيمة وبدون فهم دقيق لمعانيها، مع تفضيل الكائنات غير الحية على الكائنات الحية وقد اعتمد كانر على وجود هذه المجموعة من الأعراض وقال بوجود زملة مرضية جديدة وقد أطلق عليها الاجترارية الطفلية Infantile Autism وقد كان هؤلاء الأطفال قبل ذلك إما أن يشخصوا كمتخلفين عقلياً أو أن يشخصوا كفصامين.

وقد توصل عفيف الرزاز، وشرف الدين (١٩٩٤) إلى وجود سمات أساسية لطفل التوحد وهي:

- ١- عندما يكون رضيعاً لا يستجيب للحمل والاحتضان.
 - ٢- لا يبدو عليه أن يعرف ويعي بذاته، ويحاول دائماً اكتشاف جسده.
 - ٣- يتمسك بطعام معين، ويمشي بطريقة ثابتة ويغسل يده بنمط محدد.
 - ٤- القلق الاستحواذي بأشياء معينة (التمسك بكوب معين أو لعبة ثابتة) ويشعر بالحزن عند أخذها منه (زينب شقير، ٢٠٠٤).
- ويعرض عبدالعزيز الشخص (٢٠٠٣) لمجموعة من الأعراض والمؤشرات التي تميز الأطفال التوحديين بصورة عامة منها:

- ١- عدم الاستجابة للمسئولين عن رعايتهم بصورة مناسبة، فهم لا يميلون إلى معانقه الأم أو السرور والفرح لوجودها، أو الحزن أو الضيق لفراقها، ولا يحبون أن يمسكهم أحد، أو يقبلهم، وقد يفضلون الرضاعة الصناعية حتى لا يلتصقون بالأم، وقد تواجه الأم صعوبات ومشكلات كبيرة أثناء رعايتهم سواء في الملبس أو المشرب أو الاستحمام أو النظافة... إلخ

- ٢- غالباً لا تبدو على هؤلاء الأطفال مظاهر القلق أو الفزع التي يتعرض لها أقرانهم العاديين في مرحلة المهد (نهاية العام الأول).
- ٣- معظم هؤلاء الأطفال (٥٠% تقريباً) يفتقرون إلى ممارسة الكلام ذي المعنى وغالباً ما ينتهي كلامهم في صورة تساؤل، مع تكرار مقاطع صوتية عديمة المعنى وكأنها غناء.
- ٤- يمارس معظم هؤلاء الأطفال أصواتاً غير الكلام بصورة نمطية مزعجة مثل الصراخ أو الصياح، أو طقطقة اللسان، أو الضغط على الأسنان، وهم لا يستخدمونها للتواصل مع الآخرين وإنما مجرد استثارة ذاتية.
- ٥- قد يمارس بعض الأطفال سلوكيات نمطية بصورة نمطية مزعجة، مثل الاهتزاز أو تحريك اليد أمام الوجه، أو خبط الرأس في الحائط، أو تحريك مفتاح النور مراراً وتكراراً أو النظر إلى المروحة وهي تدور لفترات طويلة أو حك الجسم بشدة، أو صعود الدرج والنزول منه، أو السير في طريقة أو بجوار جدار، أو فرد الذراعين والدوران مثل المروحة.
- ٦- قد يبدى معظم الأطفال التوحديين (الكبار) رغبة قهرية في الاهتمام ببعض الموضوعات مثل الطقس، سواء من خلال القراءة عنه أو الإنصات باهتمام غير عادي لتقارير الطقس في الإذاعة أو التلفزيون وقد يهتم البعض الآخر منهم بجداول ومواعيد القطارات مثلاً فيحفظونها.
- ٧- يبدى بعض الأطفال التوحديين مستوى أداء متميز في مجال محدد وضيق جداً بينما يعانون ضعفاً شديداً في بقية المجالات وهي تلك الحالة التي يطلق عليها العبقرى المعتوه Idiot Savant أو المعتوه الحكيم Wise Idiot مثال ذلك القدرة غير العادية على إجراء العمليات الحسابية (الجمع والطرح)، بينما قد يتميز آخرون في مجال الموسيقى، أو الميكانيكا، أو الرسم ورغم ذلك فهي عديمة الفائدة لأنها لا تهدف إلى أنجاز الأشياء، أو تساعد في التفاعل مع الآخرين.

ويعرض محمد صبري (٢٠٠٤) لبعض سمات الأطفال التوحديين على النحو

التالي:

- ١- الاستجابة الدفاعية الغير عادية للمس Tactile Defensive: عادة ما يكون لدى هؤلاء الأطفال رد فعل غير مناسب، فعادة ما تكون الاستجابة لحاسة اللمس استجابة عنيفة، أو قد ينسحب الطفل أو يحاول ان يتجنب ان يلمسه أحد، فنجد هذا الطفل لا يتحمل اللمس في الأمور العادية مثل غسل الشعر أو

تسريحه أو قص الأظافر أو ملامسة بعض الأشياء مثل ملمس بعض أنواع الطعام أو ملمس ملابس معينة وهؤلاء الأطفال يوصفون بأن لديهم حساسية مفرطة للمس وعلى العكس من ذلك فقد نجد أطفال لديهم حساسية ضعيفة لحاسة للمس فنجد استجاباتهم ضعيفة لهذه المثيرات، فنجدهم قد لا يشعرون بالألم للمسات القوية أو المؤلمة، أو لا يستجيبون للألم عند تعرضهم لملمس ساخن (Toni Hager, 1999).

٢- استجابة دفاعية للمثيرات البصرية **Visual Defensive**: وهي استجابة غير طبيعية للمثيرات البصرية، فنجد الطفل يستجيب للأضواء المبهرة استجابات غير عادية، ويمكن أن يضع يده على عينيه، وقد يصاحب ذلك نشاط زائد عند التعرض للضوء.

٣- استجابة دفاعية للمثيرات السمعية **Auditory Defensive**: وهي استجابة غير طبيعية للمثيرات السمعية ويمكن أن تحدث بصورة سلبية أو خوف من الأصوات والضوضاء، فنجد أن بعض الأطفال يخافون من أصوات معينة مثل صوت السيفون في الحمام، أو أصوات مكبرات الصوت العالية والضوضاء، ويستجيبون استجابات غريبة، بأن يقوموا بالتصفيق بأيديهم، أو بأن يضعوا أيديهم على أذانهم (Holle .B , 1990).

وترى سميره السعد (١٩٩٨) أن هذه الاستجابات الغير طبيعية للمتغيرات السمعية التي قد يبديها بعض الأطفال التوحديين مرجعها إلى ما يسمى بظاهرة السمع المؤلم حيث يصف الأشخاص المصابون بالألم السمعي بعض الأصوات وكأنها "تقطع داخل الأذن" أو "تصطدم بعصب مؤلم" هذا الأمر مشابه لما يشعر به بعض الأشخاص العاملين مع أشخاص يعانون التوحد، ولديهم سلوك في الإيذاء الذاتي بأن جذبهم للرأس بقوة قد يكون رد فعل Reaction للأصوات المؤلمة في البيئة من حولهم، وقد يكون تفسير أن الشخص الذي يعاني التوحد يعيش وكأنه في قوقعة أو عزله، وذلك لأن بعضهم قد يظهر رد فعل جسدياً للأصوات وبعضهم قد يكون رد فعله أن يعزل سمعه عنها أو يتجاهلها، وهو ما قد يكون سبب عزلة التوحديين وهذا الأمر يجعل آباء الأطفال التوحديين يشكون بأنه أصم، لا سيما قبل تأكدهم من تشخيص حالته بأنها توحد، ونظراً لأن هذه الأصوات تكون مؤلمة له فإن نتيجة ذلك أن ينكفئ الطفل على نفسه ويتوقع على داخله ولا يركز على ما حوله، وثمة مظهر آخر من مظاهر الحساسية الزائدة، يتمثل في أن يستمع الطفل الأصوات من حوله بشدة فتكون الأصوات مكبرة بدرجة عالية بالنسبة للطفل وهو

ما تذكره بعض الأمهات من السمع الخارق لأطفالهم بأن أطفالهم قد يسمعون صوت طائرة قبل أن تسمعها أو صافرات المطافئ قبل وصولها ومن مظاهر السمع الشديد الآخر، الخوف من بعض الأصوات، كصوت غلق الأبواب، أو صوت المطر وكأنه طلقات البنادق، والماء في الأنابيب وكأنها ستفجر.

ويشير بوردين وأولنديك (١٩٩٢) Borden & Ollendick في عادل عبدالله، (٢٠٠٤-ب) إلى بعض الأعراض المبكرة التي تميز هذا الاضطراب فيران أن الطفل حديث الولادة يبدو مختلفاً عن بقية الأطفال في نفس العمر الزمني كما يتضح من تلك الأعراض التي نطلق عليها أعراضاً مبكرة، والتي يمكن لنا أن نميزها في أمرين أساسيين كالتالي:

أولاً: الأعراض المميزة خلال الشهور الستة الأولى التالية للولادة:

هناك العديد من الأعراض التي يمكن أن تميز الطفل التوحدي خلال الشهور الستة الأولى من عمره مثل :

- ١- يبدو وكأنه لا يريد أمه، ولا يحتاج إليها أو إلى وجودها معه.
- ٢- لا يبالي بمسألة أن يقبل عليه أحد الراشدين، ويقوم بحمله حتى وأن كان هذا الشخص وثيق الصلة به.
- ٣- تكون عضلاته رخوة أو مترهلة وهو الأمر الذي يتضح من خلال التخطيط الخاص بتلك العضلات.
- ٤- لا يبكي إلا قليلاً، ولكنه مع ذلك يكون سريع الغضب أو الانفعال بشكل كبير.
- ٥- لا يستطيع الطفل إلى جانب ذلك خلال الشهور الستة الأولى من حياته أن يلاحظ أمه، أو يتابعها ببصره.
- ٦- يكون خلال تلك الفترة قليل المطالب بشكل ملحوظ.
- ٧- لا يتسم إلا نادراً.
- ٨- تكون تلك الكلمات التي يمكنه أن ينطق بها غير مفهومة.
- ٩- من الأمور الهامة التي تميز استجاباته إنها دائماً ما تكون متوقعة.
- ١٠- لا يبدي الطفل أي اهتمام بتلك اللعب التي يتم وضعها أمامه.

ثانياً: الأعراض المميزة للطفل التوحدي في النصف الثاني من العام الأول من عمره:

هناك العديد من الأعراض أو السمات التي أظهرتها نتائج الدراسات الحديثة والتي يمكن من خلالها أن نتعرف على الطفل التوحدي في النصف الثاني من العام

الأول من عمره وهو ما يساعدنا في اكتشاف الحالة قبل ان يصل الطفل إلى الثالثة من عمره، وهذه الأعراض أو السمات هي:

- ١- لا يبدي الطفل أى اهتمام بالألعاب الاجتماعية.
- ٢- لا يبدي الطفل أى انفعال نتيجة حدوث أى شئ امامه.
- ٣- يفتقر الطفل بشدة إلى التواصل اللفظي وغير اللفظي.
- ٤- تكون ردود فعله للمثيرات المختلفة إما مفرطة أو قليلة جداً.

ويرى دورمان ليفير (Dorman & Lefever ١٩٩٩) إنه عندما يصل الأطفال التوحيديين إلى سن المدرسة يبدو عليهم قصور واضح في عدة جوانب في مقدمتها العلاقات الاجتماعية حيث يفشلون في التفاعل مع القائمين على رعايتهم، بل إنهم يفضلون الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية، كما أنهم لا يبذلون اهتماماً بتكوين صداقات كما أن لديهم ردود فعل غير عادية للإحساسات المادية المختلفة، وتعمل كل هذه الأمور مجتمعة كما يرى هربرت (Herbert ١٩٩٨) على الإقلال من كم تفاعلاتهم مع الآخرين، وتذهب سميرة السعد (١٩٩٧) إلى أن الأطفال التوحيديين يتسمون بالفشل في طلب المساعدة من الآخرين عند الإحساس بالألم أو عند الحاجة إليهم ويبدأ معظم هؤلاء الأطفال كما يرى كندول (Kendall ٢٠٠٠) في التصرف وكأنه لا يوجد حولهم أي إنسان فلا يردون على من يناديهم ولا يسمعون لمن يتحدث إليهم ولا تظهر أي تغييرات على وجوههم، وقد يلجأون إلى العدوان Aggression سواء على الذات من خلال سلوك إيذاء الذات أو تحطيم ما يحيط بهم من أشياء وممتلكات ويصبحون مصدر إزعاج للآخرين بما يسببونه من فوضى وعصيان ونشاط زائد Hyper Activity وانسحاب اجتماعي Social Withdrawal ويؤدي النشاط الزائد كما يرى يوشيمورا (Yoshimoura ١٩٧٩) إلى تشتيت انتباه Attention Deficit هؤلاء الأطفال واندفاعيتهم التي تمثل مظاهر نشاطهم الزائد إلى جانب كثرة حركتهم Hyper kinesis مما يجعلهم لا يستطيعون اكتساب المهارات التي تحتاج إلى التركيز والانتباه (عادل عبدالله، ٢٠٠٢ - أ).

الخصائص العامة للأطفال التوحيديين أو خصائص الطفل التوحدي:

يصف الأب دومنيك مارتن (١٩٩٣) الأطفال التوحيديون بقوله: إنهم آخرون ليسوا كالباقين، كأنهم من عالم آخر تنفذ نظراتهم عبركم بغير أن تتوقف عليكم وبغير أن ينتظروا إجاباتكم، فحركاتهم غير مفهومه، وكأن البعض منهم يعاقب نفسه باستمرار على خطأ غامض، لا نستطيع تعريفهم فهم ليسوا عجزه ولا مشوهين

ولكن على العكس فإن أكثرهم جميل المظهر هم ليسوا معاقين عقليا وليسوا صم إنهم حقاً غامضون، لذلك لا يجدون مكاناً لهم في أسرهم التي يزداد قلقها Anxiety يوماً بعد يوم، وفي المراكز حيث تؤدي مجهودات إدماجهم Mainstreaming مع الأطفال الآخرين بالمربين إلى حافة الانهيارات العصبية فكان إصابتهم الغامضة تجذب كل من يعتنى بهم إلى هوة عالمهم غير المرئي Invisible.

الخصائص الاجتماعية Social Characteristics:

أشار كانر Kanner إلى العديد من المظاهر الاجتماعية للتوحد وما يزال الكثير منها حتى الآن يستحق اهتماماً خاصاً حيث شدد على أن السمة الرئيسية في هذا الاضطراب هي الضعف والانحراف الاجتماعي Social Deviance وقارن بين السلوك الاجتماعي للأطفال الأسوياء والأطفال التوحديين، وما تزال هذه المظاهر من أهم المعايير التي يعتمد عليها في تشخيص الاضطراب منذ التقرير الأول للعالم كانر. حيث يعتبر انحراف النمو الاجتماعي عن المسار الطبيعي من أكثر وأشد الملامح المميزة للاضطراب، وإن معظم الأطفال التوحديين يكونون قليلي التفاعل الاجتماعي وغالباً ما يوصفوا على أنهم في معزل عن الآخرين أو مفصولين عن المجتمع أو من عالمهم الخارجي (Sigel B. 1996).

ويشير حسن مصطفى (٢٠٠١) إلى أن الأطفال التوحديين يتسمون بنقص (إن لم يكن غياباً كلياً) لسلوك التعلق الطفلي وفشل مبكر في الارتباط النوعي بشخص ما والأطفال التوحديين غالباً ما لا يبدون التعرف أو التمييز لمعظم الناس المهمين في حياتهم كالأباء والأخوة والمعلمين، ويمكن أن يظهروا عملياً انعداماً في قلق الانفصال عند تركهم في بيئة غير مألوفة مع أشخاص غرباء.

فالأطفال الصغار العاديين يظهرون بسلوكيات متواصلة متعلمة من خلال رؤية البالغين المألوفين لهم (أب - أم - أخوات) ويتعلمون بسرعة الاستجابة بطريقة اجتماعية ملائمة وفعالة، وبالتالي يتعلمون أن يميزوا في المعاملة سلوكياتهم للتحية مثلاً، أي من هو الشخص الذي يقبلونه أو يعانقونه أو من هو الشخص الذي يتحفظون معه في الكلام، إلا أن الأمر يختلف بالنسبة للتوحديين فهم غالباً ما يفتقرون إلى هذه المقدرة الطبيعية للاستجابة للآخرين بطريقة ملائمة أو التفريق بين التفاعل مع البالغين المألوفين أو الغرباء (محمد كامل، ١٩٩٨).

أما شاكركنديل (١٩٩٦) فيرى أن هذا الأمر لا ينطبق على جميع الحالات وإن الأطفال التوحديين الأكثر قدرة قد يقتربون من الأشخاص المألوفين لديهم، وقد

يحبون الألعاب التي تتطلب اتصالاً بدنياً، بل أن بعضهم قد يجلس في حجر شخص مألوف لديه ويستمتع بمعانقته واحتضانه له، أما الأطفال الأقل قدرة فقد يعانون قلقاً حاداً إذا غاب عن حياتهم شخص كبير مألوف لديهم.

وقد أوضحت بعض الدراسات أن غياب التفاعل الاجتماعي يبدو على وعي الطفل بالآخرين مثل معاملة الطفل للناس على أنهم أشياء لا يتطلبون تفاعلاً متبادلاً (Maureen. A & Tessa. G, 1993).

كما أن العيوب المحددة التي تظهر بين الأطفال التوحديين هي الفشل في فهم وإصدار الاستجابة الملائمة لمشاعر الآخرين، وأيضاً نقص القدرة على مشاركة الآخرين التجارب والسلوكيات (Gray. C, 1995).

حيث أن العلاقة التي يكونها الطفل التوحدي بالآخرين تكون علاقة سببية أكثر منها تعبيرية بمعنى أنه يتخذ من الآخرين وسيلة لتنفيذ ما يريده فمثلاً إذا أراد شيئاً ما يأخذ يد الأب ويضعها تجاه هذا الشيء، أي أن الأب يكون الوسيلة أو الأداة التي تحقق للطفل ما يريده عندما يشاء، وهذه العلاقة الوسيطة غالباً ما تعطى لأباء الأطفال التوحديين أن أطفالهم مهتمين أكثر بالحصول على ما يريدوه أكثر من اهتمامهم بمن يلبي لهم هذه المطالب (Sigel. B, 1996).

ويشير محمد كامل (١٩٩٨) إلى أن التوحديين لديهم مشكلة في التعبير عن أبسط المشاعر من السعادة والحزن بطريقة صحيحة وأن مجال استخدام الإشارات الجسدية والتعبيرات بالوجه محدودة للغاية، أما التعرف على مشاعر الآخرين الخاصة بالسعادة والحزن فلديهم مشكلة بها أيضاً

هذا ويبدو عجز الطفل التوحدي عن التوجه الاجتماعي في شكل :-

التحقيق : حيث يقضى الطفل المولود حديثاً نسبة لا بأس بها من فترة استيقاظه وهو يحدق بنظره نحو أمه أو من يقدم له الرعاية، أما للطفل التوحدي فيفشل في مثل هذا السلوك، ومن جهة أخرى فإن التعبيرات الوجهية والتواصل بالنظر يمثل بالنسبة للطفل السوي حواراً أولياً Initial Dialogue بينه وبين أمه أو من يقدم له الرعاية ويعتبر هذا أساس التواصل غير اللفظي Nonverbal Communication الذي يركز على المشاركة العاطفية والوجدانية.

الانتباه : حين يفشل الطفل التوحدي في سلوك التواصل غير اللفظي، بسبب الذاتية العالية عنده تتأثر عملية التواصل الانفعالي بالمشاركة Joint Attention والذي يعزى إلى مهارات التواصل الاجتماعي قبل اللفظي والذي يتيح للطفل أن يشارك الشخص الآخر خبرة ومعايشة موضوع أو حدث ثالث ويسمى التبادل

الثلاثي Triadic Exchange حيث نلاحظ أن الطفل السوي يبدي بعض الابتسام والاتجاه نحو اللعبة أو النظر إليها أو إلى أمه، هذا السلوك يظهر عادة بين الشهر الثامن والشهر الثاني عشر من عمر الطفل.

التقليد : إن قدرة الطفل على مشاركة الأم أو بديلها في الخبرات والاهتمامات بالأشياء والموضوعات يعتبر من أهم مجالات النمو الرمزي، فالقدرة على التقليد ضرورية جداً للأنشطة والأفعال الرمزية، هنا نلاحظ أن الطفل التوحدي يعاني من عجز في هذا النوع من السلوك، وقد تبين أن التوحديين يعانون مشكلات في تقليد حركات الجسم البسيطة، وتلك التي تتضمن موضوعات وحالات، كما أنهم نادراً ما يقلدون أفعال والديهم (Meltzoff & cornik, 1993).

التعاطف الوجداني Empathy: إن غياب التعاطف للوجداني والمشاركة الانفعالية عند الاطفال المصابين بالتوحد يعبر عن فشلهم في تكوين التواصل العاطفي الاجتماعي في حياتهم، وقد طور بعض الباحثين (Capps, et. al, 1994) نموذجاً للتعاطف سماه الموقف الغريب Strange Situation مؤكدين على أن هؤلاء الأطفال يظهرون بعض التعاطف في البدء أو عند الاطلاق During Aperture ولكنه ينعدم بعد ذلك.

الخصائص الحركية Locomotors Characteristics:

يشير شاكر قنديل (٢٠٠٠) إلى أن هناك بعض جوانب النمو الحركي الغير عادية التي يتسم بها الأطفال التوحديين فلهم مثلاً طريقة خاصة في الوقوف، فهم في معظم الأحيان يقفون ورؤوسهم منحنية كما لو كانوا يحملون تحت أقدامهم، كما أن أذرعهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع، وعندما يتحركون فإن كثيراً منهم لا يحرك ذراعيه إلى جانبه، وفي معظم الأحيان فإن الأطفال التوحديين يكررون حركات معينة مرات ومرات، فهم مثلاً يضربون الأرض بأقدامهم إلى الأمام أو إلى الخلف بشكل متكرر، وفي بعض الأحيان قد يحركون أيديهم وأرجلهم في شكل حركة الطائر، وتلك السلوكيات المتكررة مرتبطة بأوقات يكونون فيها مبتهجين، أو مستغرقين في بعض الخبرات الحسية مثل مشاهدة مصدراً للنور يضاء ويطفأ.

الخصائص السلوكية Behavioral Characteristics:

يرى عبدالرحمن سليمان (٢٠٠١) أن الطفل التوحدي سلوكه محدود وضيق المدى كما أنه يشيع في سلوكه نوبات انفعالية حادة، وسلوكه هذا لا يؤدي إلى نمو الذات ويكون في معظم الأحيان مصدر إزعاج للآخرين، ومعظم سلوكيات الطفل

التوحدى تبدو بسيطة من قبل تكوير قطعة من اللبان بيديه، أو تكوير قلم بين أصابعه، أو تكرار فك وربط رباط حذائه، وهذا قد يجعل الملاحظ لسلوك الطفل التوحدى يراه وكأنه مقهور على أدائه، أو كأن هناك نزعة قسرية لتحقيق التشابه فى كل شئ، حيث أن التغيير فى أى صورة من صوره يؤدي إلى استثارة مشاعر مؤلمة لديه.

ويشير شاكر قنديل (٢٠٠٠) إلى أن أى قصور حاد فى أداء الطفل عموماً يؤدي إلى عجز فى عمليات نمو الشخصية، فالمستوى المتكفى فى الأداء أو السلوك يحول دون اتساع أفق الشخصية، أو حدوث ثراء فى خبرات الطفل، وهذا بدوره يجعل سلوك الطفل التوحدى عاجزاً عن التأثير فى بيئته، ولا يسمح لسلوكه بأن يؤدي دوراً مؤثراً فى مثيرات البيئة، وتكون المحصلة أن ذلك كله يحول دون تحقيق تعزيز لسلوكيات جديدة حيث أن من الحقائق المعروفة إنه كلما اتسع مدى السلوك كلما تعاظمت الرغبة فى أداء سلوك جديد وكلما زادت احتمالية أن تؤدي نتائج هذا السلوك إلى زيادة القابلية لتعزيزه، أي أنه كلما اتسعت خبرات الطفل وتفاعلاته الاجتماعية كلما امتد سلوكه إلى نطاقات جديدة، أما بالنسبة للطفل التوحدى فإن تعرضه المفاجئ لأي بيئة جديدة وفي نطاق خبراته السلوكية المحدودة، فإن ذلك يعرضه إلى اضطرابات حادة فى شخصيته.

الخصائص اللغوية Linguistic Characteristics:

يذكر لويس مليكه (١٩٩٨) أن الأطفال التوحديين يعانون من انحرافات ارتقائية خاصة على المستوى الارتقائى اللغوي والاجتماعي والحركي وفي عمليات الانتباه والإدراك واختبار الواقع.

إن تطور اللغة لدى الطفل التوحدى يمثل عاملاً حاسماً وهاماً جداً بالنسبة للتطورات المحتملة من اضطرابات الطفل التوحدى حيث أنه إذا لم يكن هناك أي حصيلة لغوية لدى الطفل التوحدى يكون قد اكتسبها من البيئة المحيطة به حتى سن الخامسة أو السادسة من عمره فإن نمو قدراته وتطورها فى المستقبل سوف يكون محدداً.

وفي تقرير عن سزاتمارى (Szatmari, et. al ١٩٨٩) وآخرين قرر فيه أن هذه الصعوبات فى اكتساب اللغة تظهر لدى كل من ذوى القدرات العقلية المحدودة أو المرتفعة على حد سواء، حيث وجد فى دراسته أن تقريباً ثلثى أفراد العينة من الشباب الصغير من ذوى الأوتيزم استمروا يعانون من مشكلات التواصل أو اللغة

غير العادية بالإضافة إلى أن ثلث أفراد العينة كانت اللغة لديهم في انحدار مستمر وكان لديهم صعوبات في إجراء محادثة كاملة مع الآخرين (محمد كامل، ١٩٩٨). ويشير كلا من (Aarons & Gittens, 1992) إلى أن الطفل التوحدي يعاني من شذوذ في طريقة الكلام شاملاً ارتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع والإيقاع (مثلاً أن يكون نبرة الصوت على وتيرة واحدة مثل الآلة)، كما أنه يردد الكلام دون أن يفهم وربما يكون في بعضه المواقف ويردد كلمات أو جملًا قيلت أمامه، فيتخيل الآخرون إنه على فهم ودراية بما يقول وهو عكس ذلك.

الفصل السادس

التشخيص Diagnosis

الفصل السادس

التشخيص Diagnosis

تشير فضيلة الراوي وأيمن البليئة (١٩٩٩) إلى أن عدم تشخيص حالات التوحد وعلاجها مبكراً يجعل حياة الطفل والأسرة نوعاً من الجحيم غير المحتمل، فالطفل يتصرف تصرفات غير مفهومة وغير مفيدة له أو لغيره، ولا يمكن أن يعيش حياة طبيعية أو أن يدرس بمدرسة عادية، رغم أن ٢٥% من الأطفال التوحديين يكون معامل ذكائهم طبيعياً Normal.

وترى كريستين مايلز (١٩٩٤) أن التوحد مصطلح يجب استخدامه بحذر فهو لا ينطبق على الطفل الذي قد يكون سلوكه الشاذ ناجماً عن تلف في الدماغ ولا يمكن استخدامه في الحالات التي يرفض فيها الطفل التعاون بسبب خوفه من المحيط غير المألوف.

ويرى يوسف القريوتي وآخرون (١٩٩٥) أن أي محاولة للتعرف وتشخيص الأفراد أو الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد لابد أن تنطلق من جهود Effort كاتر باعتباره أول من أشار إليه، ففي مقالته الأساسية Basic Report عن الذاتوية (إعاقة التوحد) في عام ١٩٤٣ أشار إلى خصائص (١١) طفلاً كانوا يعانون من زملة أعراض غير معروفة، وقد توصل كاتر إلى هذه النتائج من خلال الملاحظة الدقيقة والمنظمة، ولقد كان الهدف Aim من تلك الدراسة هو التعرف على الخصائص السلوكية للمفحوصين، وللتمييز بينها وبين الصفات التي يظهرها الأطفال المرضى بأمراض نفسية أخرى وهذه الصفات تشمل: عدم القدرة Inability على التعلق والانتماء Relate إلى الذات والآخرين والمواقف وذلك منذ الولادة، تأخر في اكتساب الكلام، عدم استخدام الكلام عند التواصل، رغبة شديدة المحافظة على الروتين، عكس صفة الملكية، سلوك لعب نمطي ضعيف في التخيل، ذاكرة جيدة، ومظهر جسماني طبيعي.

وقد وضع الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الذي صدر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي تصنيفين، أطلق علي التصنيف الأول اسم: إعاقة التوحد الطفلية ذات الأعراض الكاملة وأطلق علي التصنيف الثاني اسم: إعاقة التوحد الطفلية ذات الأعراض المتبقية، ويمكن الإشارة إلى المحركات التشخيصية للاجترارية الطفلية ذات الأعراض الكاملة علي النحو التالي:

- ١- بدء الاضطراب قبل سن ٣٠ شهراً.
 - ٢- العجز عن الاستجابة للآخرين.
 - ٣- اضطراب شديد في النمو اللغوي.
 - ٤- أنماط كلامية شاذة وغريبة (مثل تقليد الكلام المباشر، أو قلب الضمائر).
 - ٥- استجابات بيئية غير سوية (مثل مقاومة التغيير، أو التعلق والاهتمام بموضوعات شاذة).
 - ٦- غياب الأوهام والهالوس وفقدان الترابط، والكلام المفكك (غير المترابط) كما يحدث عند الإصابة بالفصام.
- ويمكن الإشارة إلى المحكات التشخيصية للاجترارية الطفلية ذات الأعراض المتبقية علي النحو التالي:

- ١- الإصابة بالاضطراب سابقاً ثم الشفاء منه وعودة بعض الأعراض
- ٢- الصورة الإكلينيكية الحالية لا تشير إلي وجود أعراض للتصنيف الأول كاملة (A . P. A, 1987).

ويري عادل عبد الله (٢٠٠٢-ب) أن دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة (DSM-IV) الصادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) A.P.A. والتصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) WHO يعدان هما المصدران الرئيسيان لتشخيص الأمراض والاضطرابات المختلفة في الوقت الراهن، وأنه لا يوجد أي تعارض بينهما في تشخيص الاضطرابات المختلفة بوجه عام وفي تشخيص اضطراب التوحد علي وجه الخصوص وفي هذا الإطار نلاحظ أن محور التركيز الأساسي لكل منهما يدور حول أربعة محكات رئيسية هي:

١- البداية start

تكون بداية الاضطراب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره، ويكون الأداء الوظيفي للطفل مختلاً في واحد علي الأقل من عدد من الجوانب هي التفاعل الاجتماعي، واستخدام اللغة للتواصل الاجتماعي، واللعب الرمزي أو الخيالي.

٢- السلوك الاجتماعي Social Behavior

يوجد لدي الطفل قصور كفي في التفاعلات الاجتماعية وذلك في اثنين علي الأقل من أربعة محكات هي التواصل غير اللفظي، إقامة علاقات مع الأقران والمشاركة مع الآخرين في الأنشطة والاهتمامات وتبادلية العلاقات الاجتماعية معهم.

٣- اللغة والتواصل Communication and language

يوجد قصور كفي في التواصل في واحد على الأقل من أربعة محكات هي تأخر أو نقص كلي في اللغة المنطوقة، وعدم القدرة على المبادأة في إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين، والاستخدام النمطي أو المتكرر للغة، إلى جانب قصور في اللعب التظاهري أو الخيالي.

٤- الأنشطة والاهتمامات Activities and Interests

توجد أنماط سلوك واهتمامات وأنشطة مقيدة نمطية وتكرارية في واحد على الأقل من أربعة محكات هي الانشغال باهتمام نمطي واحد غير عادي، الرتابة والروتين، أساليب نمطية الأداء، والانشغال بأجزاء من الأشياء.

ويشير أحمد عكاشة (١٩٩٢) فيما يتعلق بالمؤشرات التشخيصية للاجترارية أنه عادة لا تكون هناك مرحلة سابقة أكيدة من الارتقاء الطبيعي، ولكنها إن وجدت لا تتجاوز عمر الثلاث سنوات وأن هناك دائماً اختلالات كيفية في التفاعل الاجتماعي المتبادل، وتأخذ هذه الاختلالات شكل التقدير غير المناسب للتلميحات الاجتماعية والعاطفية، كما يتضح ذلك في فقدان الاستجابات لمشاعر الآخرين أو عدم تعديل السلوك طبقاً للإطار الاجتماعي، مع استخدام ضعيف للرموز الاجتماعية، وتكامل ضعيف بين السلوكيات الاجتماعية والعاطفية والتواصلية، وخاصة فقدان التبادل الاجتماعي والعاطفي، كذلك تنتشر الاختلالات الكيفية في التواصل، وقد تأخذ هذه الاختلالات شكل عدم الاستخدام الاجتماعي لأي مهارات لغوية Linguistic Skills قد تكون موجودة، وخلل في ألعاب تصديق الخيال والتقليد الاجتماعي، وضعف المرونة في التعبير اللغوي، وفقدان نسبي للقدرة على الابتكار والخيال في عمليات التفكير، وفقدان الاستجابة العاطفية لمبادرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية واستخدام خاطئ للأشكال المختلفة من الإيقاع والتأكيد في إيقاع التواصل، وكذلك عدم استخدام الإشارات المصاحبة التي تساعد في تأكيد أو توضيح التواصل الكلامي.

ويري عبدالرحمن سليمان (٢٠٠٢) مستنداً إلى ما جاء في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-IV) إنه لكي يتم تشخيص التوحد فإننا نحتاج إلى أدلة علي وجود مشكلات في ثلاث مجالات كبيرة تشمل التفاعل الاجتماعي، التواصل، والسلوكيات النمطية وهنا يتعين أن يعاني الفرد من ستة أعراض تنتشر في المجالات الثلاثة بحيث ينطوي اثنان منها على الأقل على اضطرابات في التفاعل الاجتماعي وعرض واحد في كل مجال من

مجالات التواصل، والسلوك النمطي، وتشتمل الأعراض التي تتدرج ضمن مجال التفاعل الاجتماعي ما يلي: خلل واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة أو الكثير المعقدة Multiple وعدم القدرة علي تكوين علاقات مناسبة مع الأقران، والافتقار إلى التلقائية في مشاركة الآخرين اهتماماتهم وإنجازاتهم، وعدم القدرة على تبادل المشاعر والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين، وتضم الأعراض المندرجة ضمن التواصل ما يلي: تأخر نمو اللغة الشفهية (المنطوقة) أو ضحالاته (مع عدم تعويض ذلك النقص بأي أساليب تواصل أخرى) وبالنسبة لمن يستطيعون الكلام فأنا نجدهم يعانون من اضطرابات واضحة في مهارات المحادثة (التخاطب) واستخدام اللغة بصورة نمطية وتكرارية، والافتقار إلى التلقائية في محاكاة المعتقدات (تعليم القيم value والمعتقدات Beliefs) أو اللعب الاجتماعي Social play وتشتمل الأعراض التي تتدرج ضمن مجال السلوكيات النمطية الاستغراق في عمل واحد محدد لمدة طويلة وبصورة غير عادية (التكرار) والتقييد الجامد بالعوادات Habits أو الطقوس غير النمطية وغير المهمة، والزمات الحركية النمطية والمتكررة، والانشغال بأجزاء part of من الأشياء وليس بالشيء كله وبالإضافة إلى In Additional to تلك الأعراض الستة يجب أن يعاني الطفل المصاب أيضاً من تأخر في التفاعل الاجتماعي، التواصل الاجتماعي أو التفاعل بالرموز أو اللعب التخيلي، فضلاً عن ضرورة حدوث هذه الأعراض قبل بلوغ الطفل الثالثة من العمر.

ويري محمود حموده (١٩٩١) أن هذا الاضطراب يمكن تشخيصه إذا توافرت ثمان من المواصفات الست عشره التالية علي أن تشمل علي الأقل اثنان من المجموعة (أ) وواحدة من المجموعة (ب) وواحدة من المجموعة (ج).

أ - وجود إعاقة كيفية في التفاعل الاجتماعي المتبادل كما يظهر في واحد مما يلي:

١- نقص ملحوظة في الوعي بوجود أو مشاعر الآخرين (يعامل الناس كالأشياء ولا يلاحظ كبريهم أو همومهم).

٢- لا يبحث عن الراحة وقت التعب، أو يظليها بطريقة شاذة (مثل عدم سعيه للراحة عندما يكون مريضاً أو مجهداً، يطلب الراحة بطريقة أليه مثل قوله: جنبه، جنبه، جنبه، عندما يكون مصاباً).

٣- لا يحكي الآخرين (لا يقلدهم) أو يحاكيهم بصورة مضطربة (مثل: لا يلوح مودعاً Bye, Bye أو التقليد الآلي للآخرين دون علاقة بالموقف).

- ٤- لا يشارك في اللعب الاجتماعي أو يكون شاذاً، ويفضل اللعب الفردي، وإذا شارك الأطفال الآخريين فإنه يعاملهم كآلات.
- ٥- خلل بارز في قدرته علي عمل صداقات مع الرفاق.
- ب- خلل كفي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وفي النشاط التخيلي كما يظهر فيما يلي:
- ١- لا توجد وسيلة تواصل مثل محاولات التواصل اللفظي أو التعبير الوجهي أو الإيماء، أو التواصل الحركي.
 - ٢- التواصل اللا لفظي غير الطبيعي الملحوظ، كما في استخدام الحملقة بالعينين والتعبير الوجهي والوضع الجسدي أو الإيماءات لبدء تفاعل اجتماعي (مثل: عدم الابتسام أو النظر للآخرين عندما يقترب منهم اجتماعياً، لا يجلس أو يحترم والديه أو الزوار وله حملقة ثابتة في المواقف الاجتماعية).
 - ٣- غياب النشاط التخيلي مثل لعب أدوار Role playing الكبار والشخصيات الخيالية أو الحيوانات ونقص الاهتمام بالروايات الخيالية.
 - ٤- شذوذ ملحوظ في طريقة الكلام شاملاً ارتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع والمعدل والإيقاع مثل: الكلام بنبرة أو وتيرة واحدة أو بطريقة تشبه السؤال، أو بصوت مرتفع.
 - ٥- شذوذ ذات ملحوظة في شكل ومحتوي الكلام، وتشمل الكلام بصورة آليه متكررة (مثل التردد المباشر للكلام أو التكرار الآلي لإعلانات التلفزيون)، سوء استعمال الضمائر (مثل: قوله أنت عندما يود أن يقول أنا) بالإضافة لاستخدام كلمات أو جمل في غير موضعها.
 - ٦- خلل ملحوظ في قدرته علي بدء محادثة مع آخر أو استمرارها برغم وجود ظروف مناسبة للحديث.
- ج- النقص الملحوظ في ذخيرة الأنشطة والاهتمامات كما يلاحظ بواسطة ما يلي:-
- ١- الحركات الإلية للجسم (مثل: النقر باليد أو لف اليد في حركة دائرية أو الدوران حول النفس أو أرجحة الرأس).
 - ٢- الانشغال الدائم بأجزاء الأشياء (مثل شم الأشياء) أو الارتباط بموضوع غير معتاد (مثل الإصرار علي حمل قطعة من الخيط طول الوقت).
 - ٣- الكرب الشديد عند حدوث تغير في البيئة مهما كان طفيفاً، (مثل تحريك فازه) من مكانها المعتاد.

- ٤- الإصرار غير المناسب علي إتباع نفس الروتين بكل التفاصيل مثل الإصرار علي أن يسلك نفس الطريق عند شراء شيء ما.
- ٥- ضيق ملحوظ في الاهتمامات والانشغال باهتمام واحد فقط.
- د - بداية الاضطراب خلل في الرضاعة أو الطفولة (وتحدد البداية إذا كانت بعد ثلاث سنوات أو قبلها).

أما محمد قاسم (٢٠٠١) فيري أنه يمكن تشخيص إعاقة التوحد من خلال:

التقييم والتشخيص الطبي Medical Assessment :

ويضم هذا الفحص والتقييم كشف الخلل البيوكيماوي والعصبي والعضوي والاضطرابات المرافقة للتوحد الطفولي، وقد افترضت أكثر البحوث الطبية أن التوحد هو اضطراب ناتج عن سبب واحد Single Cause إلا أن الدراسات الحديثة بينت أن هناك عدد محدد من العوامل المسببة للاضطراب منها الحصبة الألمانية الخلقية أو الفطرية، وارتفاع في النبض أو الضغط Hypertension وفيروس تضخم النسيج الخلوية، وبشكل مشابه أيضا فقد لوحظ أن هناك عدداً من ضروب الشذوذ البيوكيماوي عند هؤلاء الأطفال مثل السيروتونين ومع أن الاتفاق العام الذي تم التوصل إليه عن طريق هذه الفحوص الطبية، هو أن هناك اختلاف ذا دلالة بين الأطفال التوحديين في هذه المظاهر والتغيرات العضوية والكيميائية ولذلك لا يوجد مؤشراً واحداً يمكن الركون إليه في تمييز هؤلاء الأطفال عن أقرانهم الأسوياء، إلا أن الفحص الطبي كان موضوع عدد كبير من البحوث.

القياس والتقييم النفسي التقليدي Traditional Psychological Assessment :

إن التقييم والقياس النفسي للأطفال التوحديين باستخدام الاختبارات النفسية التقليدية لم يطبق منذ مدة طويلة، فقبل عقدين من الزمن كانت الفكرة السائدة بين المختصين أن الأطفال المصابين بالتوحد غير قابلين للقياس والتقدير النفسي ولا يمكن تطبيق الاختبارات عليهم ولكن مع التطور الذي حدث في تعديل الاختبارات النفسية التقليدية، ومع إتباع طرائق التقدير السلوكي، أصبح الأطفال التوحديين أكثر قابلية للقياس ومطاورون بحيث يمكن الحصول علي نتائج هامة عنهم (Firth, ١٩٩٩).

التقييم السلوكي Behavioral Assessment :

يتضمن التقدير السلوكي تحديد السلوكيات المستهدفة والمتغيرات الضابطة لها، ويتم إجراء ذلك باستخدام التقنيات السلوكية مثل الملاحظة، قوائم الفحص، وتحليل المهام Analysis Tasks ويضيف محمد قاسم إن إمكانية تطبيق التقدير

السلوكي لاتخاذ قرارات هامة أمر مشجع ويعد بنتائج هامة فيما يتعلق بالتربية الخاصة كما أن الكثير من النتائج الإكلينيكية حول الأطفال التوحديين تستند إلى مثل هذه التقديرات (وخاصة الملاحظة السلوكية) ثم أن طرائق Methods التقييم السلوكي ضرورية من أجل المراقبة المستمرة للبرامج التربوية التي تتطلبها خطة المعالجة حتى تحقق هذه البرامج غايتها المطلوبة.

وبصفة عامة، فإن الاختبارات قد صممت للأفراد الذين لديهم قدرة محدودة أو الذين ليست لديهم قدرة إطلاقاً على الكلام، ولذلك فإنه غالباً ما تفشل في تقديم تقييمات تتصف بالدقة، ولهذا السبب فإن المتخصصين Specialists في مجال إعاقة التوحد يقومون بالتقييم معتمدين بصورة أساسية على ملاحظة سلوك الطفل بصورة جيدة، بالإضافة إلى الاعتماد على ملاحظات الوالدين، وتقارير المدرسين ومع ذلك فإن عملية الملاحظة المباشرة هي عملية طويلة، وهناك عدد قليل من الأطباء، وآخرين من أخصائي التقييم لديهم الوقت الكافي لهذا النمط من التشخيص والعديد من الأطباء بالإضافة إلى ما سبق يعارضون عمل تشخيص التوحد لعدة أسباب مختلفة For a Number of Reason فبعضهم ببساطة يتردد في أن يطلق على الطفل صفة توحدي والبعض الآخر تنقصهم الخبرة، حيث إن خبرتهم محدودة مع هذا الاضطراب، وبعض الأطباء يفضلون تسمية أخرى لهذه الإعاقة غير كلمة توحّد، ولسوء الحظ فإن التشخيص غير الدقيق والمضلل يكلف الطفل وقتاً ثميناً كان الأفضل أن يقضيه في الحصول على خدمات التربية الخاصة (عبدالرحمن سليمان، ٢٠٠٢).

ولقد أشار فلسبرج (1992) Fulsberg إلى أنه يمكن تشخيص التوحد من خلال فحص الأعراض التالية:

- ١- التعبير اللفظي واستخدام بعض الكلمات الشائعة.
 - ٢- العمليات الإدراكية والتعبير عنها.
 - ٣- العمليات المعرفية.
- كما أوضح بوتر وآخرون (1993) Putter,et. al إلى أنه يمكن تشخيص الطفل على أنه توحدي (أو طفل اجتراري) إذا كانت لديه الأعراض التالية:
- ١- نشاط حركي مفرط Hyper kinesis.
 - ٢- اضطراب في كل من الانتباه والإدراك واللغة (عبدالمنان معمر، ١٩٩٧).
- ويصف علاء الدين كفاقي (٢٠٠١) الملامح التشخيصية للاضطراب مستنداً إلى ما جاء بالدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة DSM-III بأن

الاضطراب الاجتراري يتميز بالفشل في تنمية علاقات بينية شخصية وبنقص الاستجابة ونقص الميل نحو الناس، ويتبع ذلك الفشل في تنمية سلوك التعلق السوي بالآخرين كما أن الطفل الاجتراري يفشل في الاستجابة لسلوك الاحتضان من جانب الأم أو الآخرين، ونقص كل من الاتصال البصري Eye Contact والاستجابة الوجهية والاتصال الجسدي واللامبالاه ونقص العاطفة، ونتيجة لذلك فإن كثيراً من الآباء يشكون في البداية من أن الطفل مصاب بالصمم ويتعامل الطفل مع الكبار على أنهم قابلون للتغير، وقد يتعلق تعلقاً ميكانيكياً بشخص معين، وعندما يدخل الطفل مرحلة الطفولة المبكرة (٣-٥) لا يستطيع ممارسة اللعب مع الأطفال الآخرين وفي تنمية صداقات معهم، وإن كان بعض الأطفال يستطيعون في هذه المرحلة أن يكتسبوا وعياً أكثر بمن حولهم ويحاولون التعلق بالكبار المحيطين بهم في بيئتهم، ولكن هذه الاجتماعية الظاهرة أقرب إلى أن تكون علاقة زائفة علي النمو الاجتماعي لأنها لا ترتقي بالطفل في السلم النمائي بل أنها قد تكون مصدراً للخلط والتشويش في التشخيص لأن من المؤكد أن الأطفال الاجترار يبين يفشلون في تنمية علاقات مع الأقران علي نحو يتناسب مع المستوى الارتقائي الذي يتفق مع مستواهم العمري، أما الأفراد الكبار نسبياً أو البالغين فربما يتكون لديهم ميل إلى إنشاء الصداقات، ولكن هذه العلاقة تتميز بنقص الفهم للأعراف والتقاليد المرتبطة بالصداقة، ويضيف الدليل التشخيصي والأخصائي في طبعته الرابعة DSM-IV الصادرة عام ١٩٩٤ إلى الأعراض السابقة نقص التبادلية الانفعالية والاجتماعية مع الآخرين باعتبارهم أدوات أو وسائل ميكانيكية لأن وعي الاجتراري بالآخرين متضرر بشكل كبير بغياب البعد الإنساني عن هذا الوعي، فالطفل الاجتراري يكون زاهداً عما يحيط به من أهله حتى من أخوته المقربين له في العمر ولا يكون لديه مفهوم واضح عن الحاجة إلى الآخرين أو ما يمكن أن يعانيه الآخرون بسببه مثلاً، ويتضمن عطب الاتصال بالآخرين التضرر الكبير في المهارات اللفظية والمهارات غير اللفظية، بل إن اللغة قد تغيب تماماً، ولغة الاجتراري بصفة عامة تتميز ببناء قواعد أو البناء النحوي علي صورة فجة وغير ناضجة والصداة اللفظي، وقلب الضمائر، وعدم القدرة علي فهم المصطلحات المجردة، ولحن الكلام الشاذ مثل إنهاء أي جملة عادية بلهجة التساؤل، كما يتضمن الاتصال غير اللفظي النقص في التعبيرات الوجهية المناسبة من الناحية الاجتماعية، وعندما يتحدث الأطفال الاجتراريون يتضح قدر العطب الذي يعانونه في القدرة علي بدء المحادثة مع الآخرين أو الاستمرار فيها كذلك من مظاهر البطء اللغوي في الاجترارية أن

الطبقة الصوتية pitch واختلاف شدة الصوت Intonation والمعدل Rate والارتفاع Rhythm أو الضغط Stress علي بعض الكلمات، وكلها تكون في المعدل أو الشكل الشاذ أو غير المألوف مثل نغمة الصوت أو تكرار الكلمات أو الجمل من غير ما ضرورة، أو استخدام اللغة الاستعارية Metaphoric language التي لا يفهمها إلا المحيطون بالطفل، كذلك من مظاهر التضرر في الاجترارية عجز الطفل عن اللعب التخيلي واللعب التلقائي The make-believer play واللعب المنوع أو اللعب القائم علي التقليد الاجتماعي الذي يتفق مع المستوى الارتقائي المفترض لعمر الطفل، ويظهر الاختلال في هذا الجانب إذا ما شارك الآخرين في الألعاب فإنه يفعل ذلك بأسلوب نمطي وفي سياق يخرج تماماً عن سياق اللعب وعلى نحو يكشف عن عدم فهم لمعنى اللعب ودلالة الموقف، ويتسق هذا السلوك مع الميل الاجتراري الواضح المتمثل في الأنماط السلوكية الجامدة والمكررة والمحددة والأنشطة والاهتمامات المحددة والشاذة في حدثها أو فيما تركز عليه، مع التمسك الشديد بقواعد وطقوس معينة غير وظيفية، ويضيف علاء الدين كفاقي أنه من محكات التشخيص الأساسية في الاجترارية السلوك الحركي المنمط والمتكرر وعمل الأشياء بطريقة واحدة والإصرار علي ذلك وكأنها اقرب إلي الطقوس التي لا ينبغي أن تمس مثل الذهاب إلى المدرسة عن طريق واحد لا يتغير ومثل حركات اليدين النمطية التي تتم عند التصفيق أو الطرقة أو تحريك الصوابع أو تحريك الجسم كله مع الهز والميل والتأرجح بشكل مستمر والشذوذ في وضع الجسم أو المشي علي أطراف القدمين، وكذلك من ألوان السلوك الغريب في الاجترارية الانشغال الزائد بأجزاء من الأشياء أو الأشياء الصغيرة مثل الأزرار أو أجزاء الجسم ومحاولة الاحتفاظ بأشياء صغيرة ليست لها قيمة كقطع من الخيط أو المطاط، والإعجاب إلى حد الافتتان بالأشياء المتحركة خاصة الدوارة مثل المروحة الكهربائية أو العجلات التي تدور وفتح أبوابها وغلقها، ومن مظاهر هذا الاضطراب مقاومة التغيير والثورة علي أي مظاهر توحى به ولو في الحدود البسيطة فقد يثور الطفل ثورة عارمة إذا ما تغير مكانه علي مائدة الطعام ويختتم علاء كفاقي حديثه بقوله إن خلاصة المحكات التشخيصية هي أن تؤدي الوظائف بشكل شاذ أو متأخر قبل سن الثالثة في واحد من الميادين الثلاثة الآتية: - التفاعل الاجتماعي، اللغة كما يستخدمها في التواصل الاجتماعي، اللعب الرمزي أو التخيلي، وفي معظم الحالات لا يعيش الطفل الاجتراري فترة سوية في حياته، وإن

كانت التقارير تذكر عن بعض الأطفال أنهم خبروا فترة من النمو السوي لفترة عام أو عامين ولكن هذا السواء ينتهي عندما يبلغ الطفل سن الثلاث سنوات.

ويرى وولف (1988) Wolf أنه يمكن تشخيص اضطراب التوحد من خلال ملاحظة الأطفال المصابين به حيث أنهم يعانون من:-

- ١- عطب واضح في الاتصال التفاعلي بالآخرين.
- ٢- عطب واضح في الارتقاء اللغوي، وغالباً ما يردد الطفل الاجتراري الكلمات، ويعاني غالباً من عدم القدرة علي استخدام الضمائر كأن يلقب الأفراد أنا ويلقب نفسه أنت بالإضافة إلى عدم القدرة علي التخيل وتقليد الآخرين.
- ٣- ممارسة أنماط سلوكية نمطية.

وتري كريسيتين مايلز (١٩٩٤) أن الطفل المصاب بالتوحد يمكن التعرف عليه لأنه تبدو عليه كثير من السمات التالية:-

- ١- لا يطور علاقات شخصية، ولا يستجيب الطفل الرضيع للحمل والاحتضان ويتجنب الطفل الأكبر سناً في العادة النظر في وجه إنسان آخر، ويمتنع بشكل خاص عن إقامة الاتصال بالعين EyeContact وعندما يمسك الطفل التوحدي بإنسان آخر فكأنه يمسك بقطعة أثاث وليس إنسان.
- ٢- لا يبدو عليه أنه يعرف بوجود هوية شخصية أو ذات خاصة به، وكثيراً ما يحاول هؤلاء الأطفال استكشاف أجسادهم والإمساك بها كما لو كانت أشياء جامدة، وإلى درجة إيذاء أنفسهم، وإذا تمكن هذا الطفل التوحدي من الكلام فإنه قد لا يدرك الفارق بين أنا وأنت وهو وهي ... الخ.
- ٣- يتعلق الاستحواذي المأخوذ بأشياء معينة فقد يسعى الطفل إلى الإمساك بشيء واحد دوماً كقطعة قماش أو كوب ويشعر بالحزن الشديد إذا أخذ هذا الشيء منه.
- ٤- يصبح شديد الحزن إذا تغيرت البيئة المحيطة به بأي طريقة كانت مثلاً:- إذا نقل الأثاث من موقعه المعتاد، أو إذا افتقد شيئاً مألوفاً لديه، وقد ينزعج الطفل إذا جرى خرق الروتين، ولم يحافظ عليه بصرامة، وكثيراً ما تتطور عنده طقوس معينة كان يطوي ملابسه بطريقة معينة، وأن يصبر علي جلوس الناس في أماكن معينة لتناول الطعام، وأن يغتسل بطريقة معينة وقد يرفض الطفل أكل طعام غير مألوف لديه.
- ٥- يظهر حزنه بنوبات غضب أو يعرض نفسه أو يأتي بحركات معينة، كالهز إلى الأمام والوراء، أو القفز صعوداً وهبوطاً، أو الركض في أرجاء الغرفة علي

- أطراف أصابعه وكثيراً ما لا يستطيع أحد معرفة سبب حزن الطفل أو استيائه، وقد لا تجدي كل محاولات إراحة الطفل مما يعانيه.
- ٦- شذوذ الإدراك، فكثيراً ما يستجيب الأطفال التوحديون بطرق غريبة، فقد يحب الطفل إمساك وتفحص أجسام دقيقة، كحبات الرمل أو بذور الأعشاب، ويبدو كأنه لا يشعر بشيء قد يسبب له الألم.
- ٧- عدم امتلاك ناصية اللغة، أو امتلاك القليل منها فقط، ويمكن للطفل الذي يملك بعض القدرة على الكلام أن يكرر جملاً قد سمعها قبل زمن، وقد يفتقر صوت الطفل إلى التعبير أو النغمة، وقد لا يفهم الضمائر الشخصية ولا يفهم الطفل الإيماءات ولا يستعملها في العادة.
- ٨- قد يكتسب الطفل أوضاع أو طرق غريبة عندما يتحرك فقد يفتل الطفل خيطاً أو يلعب بطريقة محدده بأي شيء آخر.
- ٩- لا يلعب بطريقة تخيلية، فهو لا يستعمل اللعب لتمثيل الأشياء بطريقة عادية (مثلاً: قد يستعمل الطفل الدمى أو السيارات كمواد بناء بدلاً من استعمالها كأطفال أو كسيارات تسير على الطريق).
- ١٠- علي الرغم من كون بعض الأطفال التوحديين متخلفين عقلياً، فإن لدي بعض الآخرين جزءاً من القدرة على حساب الأعداد بسرعة وبشكل صحيح، ويمكن للبعض الآخر الذي لا يستطيع التكلم أن يعبر عن مشاعره بكتابة الشعر، أو أن يمتلك قدرة موسيقية خارقة، أو أن يرسم شكل عادي.
- وقد شدد كانر على العجز الاجتماعي باعتباره مظهراً أساسياً في تشخيص التوحد، وأن السمة الرئيسية في هذا الاضطراب (التوحد) هي الضعف والانحراف الاجتماعي Social Deviance وقارن بين السلوك الاجتماعي للأطفال الأسوياء والأطفال التوحديين، مبيناً أن أهم ما يميز الآخرين هو العجز وضعف الأداء الاجتماعي Social Dysfunction وما تزال هذه المظاهر من أهم المعايير التي نعتمدها في تشخيص الاضطراب منذ التقرير الأول للعالم kanner كما شدد روتر (١٩٧٨) على النمو الاجتماعي غير السوي في التوحد واعتبره من أهم المظاهر الجوهرية والاساسية في تعريف الاضطراب وتشخيصه، وقد اعتبر الدليل التشخيص والإحصائي الثالث المعدل للأمراض النفسية (DSM-III.R) الصادر عام ١٩٧٨ العجز في التفاعل الاجتماعي المظهر الرئيسي بين ثلاث مظاهر تشكل اللوحة الإكلينيكية للتوحد (العجز الاجتماعي، اضطراب التواصل، فقدان الاهتمام والأنشطة)، من جهة أخرى فقد أصبح تعريف العجز الاجتماعي أكثر تحديداً ودقة

بحيث يجب أن يظهر علي الفرد نمطان سلوكيان علي الأقل من الأنماط الخمسة المذكورة في معايير تشخيص العجز الاجتماعي في DSM-III.R هي:-

- ١- عدم إدراك الآخرين والشعور بهم.
 - ٢- عدم طلب المساعدة والعون أو القيام بذلك بشكل غير سوي.
 - ٣- العجز عن التقليد أو التقليد غير السوي.
 - ٤- اللعب الاجتماعي غير السوي.
 - ٥- عجز ثابت في القدرة علي تكوين علاقات مع الأقران.
- أما في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية الصادر عام ١٩٩٤ (DSM-IV) وكذلك التصنيف العالمي للأمراض النفسية الصادر عام ١٩٩٣ (ICD-10) فيجب أن يتضمن تشخيص العجز أو ضعف الأداء الاجتماعي في اثنين علي الأقل من المظاهر الأربعة التالية:-

- ١- عجز واضح في السلوك غير اللفظي الضروري للتفاعل الاجتماعي (مثل عدم المواجهة بالنظر حين التواصل بالعين).
- ٢- غياب العلاقات مع الأقران وفقاً لمستوى النمو الذي يمر به الطفل (حسب العمر).

- ٣- غياب المشاركة وبالتمتع والفرح.
 - ٤- مشكلات في التبادلية الانفعالية - الاجتماعية.
- ويذكر كوجل وآخرون (Koegel, et. al, 1982) أن أهم الأعراض التي يتم علي أساسها تشخيص حالات الاوتيزم هي:-

- ١- قصور اجتماعي يتمثل في الانسحاب الاجتماعي، الانطواء علي النفس وعدم القدرة علي إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين.
- ٢- قصور لغوي يتمثل في وجود اضطرابات في القدرات المعرفية Abilities perceptual and cognition، ضعف وتشتت الانتباه وعدم القدرة علي فهم التعليمات اللفظية.

- ٣- عدم القدرة علي التحكم في الحركات الدقيقة.
- ٤- النشاط الحركي المفرط (سهام عبدالغفار، ١٩٩٩).

وقد توصل بارون كوهين Baron Cohen من خلال تسع دراسات قام بها حول موضوع التوحد إلى وضع محكات لتشخيص مرض التوحد هي:-

- ١- صعوبة في التفاعل الاجتماعي.
- ٢- صعوبة في فهم الانفعالات.

٣- صعوبة في النمو اللغوي.

٤- تكرار الأفعال بطريقة نمطية (إسماعيل بدر، ١٩٩٧).

وأغلب التوحديين يظهرون علامات الإعاقة منذ الولادة، وبعض المواليد من التوحديين يكونون في السنوات الأولى طبيعيين لوقت طويل ولا يلاحظ والديهم أي شيء غير طبيعي خلال السنتين الأولتين من حياة الطفل، والبعض الآخر قد تظهر أعراض تجعل الآباء في قلق منذ مولده فهو في حالة من القصور المزمن في النمو الذي تبدأ أعراضه خلال السنوات الثلاثة الأولى (عثمان فراج، ١٩٩٦ (٤٥٤)). كما قدم وينج (wing, 1966) نظاماً افتراضياً للأطفال التوحديين مبنياً على أسس التفاعل الاجتماعي:

- ١- الأفراد الذين يتجنبون بشدة التفاعل بإيجابية أي يصرون على التجنب Aloof.
- ٢- الأفراد الذين يتقبلون التفاعل الاجتماعي سلبياً ولكنهم لا يبحثون عنه passive.
- ٣- نشط ولكن غريب (الأفراد الذين يتقبلون التفاعل ولكن يتفاعلون بشكل غريب Active but odd).

وقد توصلت دراستا كارمن وآخرين (١٩٩٧، ١٩٩٨) إلى فشل الأطفال التوحديين في الحملة الاجتماعية والفشل في المهام المتعلقة بالانتباه التواصلية، مع فقر استجابات التعاطف، مع فساد الاتصال التفاعلي مع الآخرين، وغياب التعبيرات الانفعالية وغياب الرغبة في الاتصال (Aarons. M & Geittens T, 1993).

ويقرر آباء الأطفال التوحديين والعاملين معهم أنهم يرفضون كل ما يؤدي إلى التكامل بينهم وبين العالم المحيط بهم، ويقيمون باستمرار الحواجز لهم، وقد لاحظ كابر أنه ليس لدى الطفل التوحدي بين الشهر الرابع والثامن من عمره أي حركة تدل على أنه يستعد كي يحمله أحد بل على العكس فكل حركاته هدفها أن يعزل نفسه، ولديه خللاً في التواصل، والاندماج، والتأقلم مع الآخرين ومع البيئة، واضطرابات في اللغة والأساليب المختلفة غير اللغوية (محمد الدفراوي، ١٩٩٣).

وهناك بحوث عديدة أشارت إلى اضطرابات اللغة على أنها السمة الجوهرية للتوحد فأكثر من نصف الأطفال التوحديين لا يتكلمون على الإطلاق، وتدرج من الغياب الكامل للغة كأداة اتصال إلى القواعد اللغوية الفجة والبغائية (Echolalia) وعدم القدرة على تسمية الأشياء واللغة الاستعمالية الخاصة وترديد ما يقوله الآخرون واستخدام الضمائر الشخصية بغرابة (Maray, John. B, 1996).

كما يشير فريمان (Freeman, B.j (1986) إلى أن أحد المكونات الرئيسية للقيام بتشخيص الطفل التوحدي هو الحصول على تاريخ تطور الطفل حتى الوقت

الحالي، ويشمل التاريخ التطوري للحالة Developmental History وضع الطفل ونموه والمتغيرات التي طرأت عليه في هذه الفترات مع توضيح مراحل نموه المختلفة إلى الوقت الحالي، وهل تناول عقاير معينة في الفترة السابقة أو حدثت له أي حوادث أو أصيب بأي مرض في أي سن ... الخ وهذا يوضح سلسلة من الأحداث تكشف وقت ظهور حالة التوحدية عليه وأي النقاط التي أثرت فيه وجوانب القوة والضعف عنده.

وقد حدد شارون نيورث (Sharyn Neuwirth, 1999) وآخرون محكات تشخيص التوحد فيما يلي:-

- ١- قصور محدد في العلاقات الاجتماعية.
 - ٢- نمو أولي (عدم الوصول لمستوى النمو الطبيعي) لمهارات التواصل.
 - ٣- سلوكيات نمطية تكرارية، اهتمامات وأنشطة محدودة.
 - ٤- مع ضرورة ظهور هذه الأعراض قبل اكتمال العام الثالث من العمر.
- كما نلاحظ على الطفل التوحدي عدم دفء العناق معه، ونقص التواصل بالعين، وعدم التمييز أو كراهية العواطف، والتلامس الجسماني ويبدو الطفل وكأنه في عالم له وحده، وكان هناك حاجزاً بينه وبين من حوله، حيث يعاني من عجز مستوى الوعي بوجود الآخرين أو بمشاعرهم (Nelson & Israel, 1991).
- وقد تلاحظ أن الأطفال من ١٠ إلى ١٢ شهراً لا يرغبون في لفت انتباه الآباء لهم أو يشركون آباءهم بالإشارة للأشياء، كما يتجنبوا النظر، بل ويبعدوا وجوههم عن والديهم وعدم إظهار تعاطف نحوهم، ويميل بعض التوحديين وبخاصة البنات بأن يكن لديهن ابتسامه ثابتة، فالتواصل غالباً به خلل من اللف والدوران واللغو الذي لا علاقة له بالموضوع (محمد حموده، ١٩٩١) مع فقدان الاستجابة العاطفية لمبادرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية، وكذلك عدم استخدام الإشارة المصاحبة التي تساعد في التأكد أو توضيح التواصل الكلامي (أحمد عكاشة، ١٩٩٢).

وقد لخص رويارز محكات التشخيص الواردة في (DSM- IV) كما يلي:-

- ١- افتقاد الاستجابة للآخرين.
- ٢- قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي.
- ٣- قصور واضح في النمو اللغوي.
- ٤- مقاومة التغيير والإصرار على الروتين.
- ٥- ضعف في القدرة العقلية.
- ٦- قصور في فهم الانفعالات.

- ٧- قصور شديد وملحوظ في الأنشطة والاهتمامات.
- ٨- عدم ظهور أعراض الريت Rett أو الإسبرجر Asperger.
- ٩- عدم ظهور الهلوس والهذات وتفكك التفكير وهي الأعراض المميزة للفصام.
- ١٠- بدء ظهور أعراض التوحد قبل اكتمال العام الثالث من العمر (Roeyers, 1995).

والطفل التوحدي نظرتة بعيدة كأنه ينظر للأفق، نظرة تائهة، وهناك رفض واضح للاتصال والارتباط بعلاقة مع الغير، ومحاولة الاتصال من طرف الغير لعينين الطفل كأنها تطفل عنيف على عالمه الخاص (محمد عيش، ١٩٩٢).

والاضطرابات اللغوية من تأخر كلامي أو تكرارية كلامية وغير ذلك من الاضطرابات إنما تعبر عن رفض للتواصل، ورفض للتغيرات المستمرة (فرنسيس ما كيدا، ١٩٩٣).

وقد قدم كريك وآخرون (١٩٦١) Creak, et. al تقريراً عن زملة أعراض الشيزوفرينيا لدى الأطفال Schizophrenia Syndrome in Children وقد تضمن هذا التقرير قائمة من تسع نقاط عرفت فيما بعد باسم نقاط كريك التسع Creak's Nine Points وذلك لتستخدم في تشخيص الأطفال التوحديين وهي:

- ١- القصور الشديد في العلاقات الاجتماعية Severely Impaired Relationship.
- ٢- فقدان الإحساس بالهوية الشخصية lack of a sense of personal Identity.
- ٣- الانشغال المرضي بموضوعات معينة Pathological Preoccupation with particular objects.
- ٤- مقاومة التغير في البيئة Resistant to Change in the Environment.
- ٥- إدراكية غير سوية Abnormal perceptual Experience.
- ٦- الشعور بنوبات قلق حاد مفرط يبدو غير منطقي Acute Excessive and Seemingly Illogical Anxiety.
- ٧- التأخر في الكلام واللغة Speech and language Retardation.
- ٨- الحركات الشاذة غير العادية Unusual Movements.
- ٩- انخفاض في مستوى التوظيف العقلي Mental Functioning (عبدالرحمن سليمان، ٢٠٠٢).

و أخيراً سوف يعرض الباحث لأهم الطرق والوسائل المتاحة لتشخيص الاضطراب والتي ارتكز عليها غالبية العاملين في هذا المجال وذلك من خلال عرض محكات التشخيص كما وردت في كل من:-

الدليل التشخيص والإحصائي للأمراض العقلية الذي يصدره الاتحاد الأمريكي للأطباء النفسيين طبعته الثالثة 1980, DS M-III (مع ملاحظة أن هذا الدليل لم يتضمن أي إشارة لهذا الاضطراب في طبعته الأولى ١٩٥٢ والثانية ١٩٦٨) وطبعته الثالثة المعدلة (DSM-III. R, 1987) والرابعة (DSM-IV 1994) وكذلك تصنيف (ICD-10) لمنظمة الصحة العالمية WHO.

أولاً: محكات تشخيص التوحد كما جاءت في (DSM-III):

- ١- قصور في الاستجابة للمثيرات الاجتماعية، تجنب المبادأة أو التفاعل مع الآخرين وتقليد سلوكهم والشعور بوجودهم والتعرف عليهم والتمييز بينهم وتجنب النظر في عيون الآخرين وعدم القدرة على فهم ما تعبر عنه عيون الآخرين من انفعالات.
- ٢- قصور لغوي تام أو اضطراب غير طبيعي في الكلام مثل التردد الآلي Echolalia، اللغة المجازية وعكس الضمائر.
- ٣- قلة الاهتمامات والأنشطة التي يمارسها ومقاومة التغيير والتعلق بأشياء تافهة.
- ٤- عدم وجود هذات أو هالوس أو فقدان الترابط وعدم التفكك في التفكير كما في حالات الفصام.
- ٥- ظهور هذه الأعراض قبل بلوغ الطفل ثلاثين شهراً.

(American Psychiatric Association, 1980)

ومع قبول هذه المحكات من كثير من العاملين في المجال، إلا أنها تعرضت للنقد وكان أهمها إطلاق صفة الطفولة على التوحد Infantile Autism فقد ثبت وجود حالات لا يبدأ ظهور أعراضها إلا بعد ٣٠ شهراً من الولادة ولهذا تم تعديل Modification Infantile التسمية في الطبعة الثالثة المعدلة للدليل التشخيص والإحصائي للأمراض عام (١٩٨٧) فظهر التوحد كنوع قائم بذاته مع إلغاء طفولي Infantile واعتبر إحدى إعاقات النمو المنتشرة (P. D.D) Pervasive Developmental Disorder أو الشاملة وقد احتوى هذا الدليل وصفاً تفصيلياً لمحكات تشخيص التوحد، جاءت في ثلاث مجموعات شرط أن يتوافر ثمانية أعراض من الستة عشر التي هي مجموع الأعراض التي وردت في الثلاث مجموعات، علي أن يكون اثنين علي الأقل من المجموعة (أ) واحد علي الأقل من المجموعتين (ب)، (ج) بالإضافة إلى شرط المجموعة الرابعة المتعلق ببدء ظهور الأعراض.

ثانياً: وفيما يلي عرض تفصيلياً لمحكات التشخيص كما وردت في (DSM-III. R)

المجموعة (أ) عدم القدرة على التفاعل الاجتماعي المتبادل وتتمثل في:

- ١- قصور واضح في فهم مشاعر وأحاسيس الآخرين والتعامل معهم كقطع أثاث.
- ٢- عدم البحث عن الراحة وقت التعب وعدم طلب المساعدة من الآخرين وقت الخطر.

٣- غياب القدرة على التقليد.

٤- عدم الرغبة في اللعب مع الآخرين وتفضيل اللعب منفرداً.

٥- عدم القدرة على تكوين صداقات مع الرفاق وعدم اهتمام بالعلاقات الاجتماعية.

المجموعة (ب) قصور نوعي في القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي والنشاط التخيلي وتتمثل في:

١- عدم القدرة على التواصل لغوياً بالآخرين، ويظهر ذلك في الكلام غير المعبر وترديد اللغة المنطوقة.

٢- عدم القدرة على التواصل غير اللفظي ويظهر في نظرات العين، فقدان الابتسامة، تعبيرات الوجه، الإيماءات والحملقة الثابتة في المواقف الاجتماعية.

٣- قصور واضح في النشاط التخيلي يظهر في اللعب التمثيلي لأدوار الكبار والشخصيات الخيالية وعدم الاهتمام بالروايات الخيالية.

٤- شذوذ واضح في الحصيللة اللغوية يتضح في الكم والإيقاع والأداء.

٥- شذوذ واضح في تركيب الجمل ومضمون التخاطب وترديد الكلمات المسموعة.

٦- شذوذ واضح في القدرة على بدء الحديث مع الآخرين أو استمراره.

المجموعة (ج) محدودية الأنشطة والميول والاهتمامات تتمثل في:

١- حركات للجسم نمطية قسرية مثل رفرفة اليدين، الدوران في حركات دائرية، ضرب الرأس.

٢- الاندماج في التعامل مع أجزاء الأشياء أو الأدوات مثل سلسلة مفاتيح، شم الأشياء بدلاً من النظر إليها، حمل ورقة أو قطعة خيط أو شريط نيجاتيف أو زجاجة شامبو فارغة.

٣- استجابات سلوكية شديدة، والعنف تجاه أي تغيير في البيئة المحيطة مثل تغيير وضع فازه من مكان لآخر، فتحدث ثورة غضب يترتب عليها إيذاء للنفس أو الغير.

- ٤- إصرار والتزام شديد بالتفاصيل الدقيقة في الروتين اليومي من حيث المأكل، الملابس، اللعب، الحركة والإصرار علي الأساليب المعتادة عند الخروج في جولة للشراء.
- ٥- نقص ملحوظة في الاهتمامات والأنشطة التي يندمج فيها مع أقرانه مثل الاهتمام بترتيب الأشياء في صفوف وعواميد مما يمنع استخدامها في نشاطات هادفة.
- ٦- بدء ظهور هذه الأعراض قبل اكتمال العام الثالث من العمر (Schwartz, 1992).

ثالثاً: تشخيص الاضطراب التوحدي طبقاً (DSM-IV)

- مع ملاحظة أن وفقاً لهذا يتم التشخيص لاضطراب التوحد إذا توافرت علامة واحدة في كل المجموعة أ، ب، ج بالإضافة إلى ستة علي الأقل من المجموع.
- المجموعة (أ): خلل أو عجز كفي في التفاعل الاجتماعي ويظهر فيما يلي:**
- ١- عجز واضح في استخدام السلوك الغير لفظي المتعدد Multiple Nonverbal Behaviors مثل الحملقة بالعين Eye-to-eye gaze والتعبير الوجهي Facial Expression والوضع الجسدي Body Postures أو الإيماءات Gestures.
 - ٢- الفشل في نمو العلاقات بصورة ملائمة لمستوى النمو.
 - ٣- نقص البحث التلقائي عن مشاركة المتعة والاهتمام مع الآخرين.
 - ٤- نقص المشاركة الاجتماعية والعاطفية.
- المجموعة (ب) العجز الكيفي في الاتصال Communication**
- ١- تأخر أو نقص كامل في تطور اللغة اللفظية مع عدم محاولة إيجاد لغة أو طريقة بديلة للاتصال مثل الإشارة.
 - ٢- عجز واضح في القدرة على بدء الحوار مع الآخرين.
 - ٣- استخدام متكرر للغة.
 - ٤- الإقتصار في محاكاة الآخرين وتقليدهم بصورة تتناسب مع المستوى الارتقائي.
- المجموعة (ج) الأنشطة والاهتمامات**
- ١- الانشغال بنوع واحد أو أكثر من الاهتمامات من إعطاء تركيز مكثف.
 - ٢- انشغال مستمر بأجزاء من الأشياء وليس ككل.
 - ٣- سلوك نمطي متكرر.
 - ٤- عدم المرونة وعدم القدرة عن التخلي عن الروتين.

كما يشير الدليل الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (١٩٩٤) إلى أن القصور في النمو والارتقاء يحدث قبل سن الثالثة ويظهر القصور في واحدة على الأقل من الجوانب الثلاثة الآتية:-

- ١- التفاعل الاجتماعي.
- ٢- اللغة واستعمالها في الاتصال الاجتماعي.
- ٣- اللعب الرمزي أو الخيالي (DSM-IV, 1994).

رابعاً: محطات تشخيص التوحد كما جاءت في الدليل الطبي العالمي لتصنيف الأمراض في طبعته العاشرة (ICD-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) WHO والتي تتمثل في الآتي:

- ١- قصور في التفاعل الاجتماعي المتبادل.
- ٢- قصور نوعي في التواصل.
- ٣- نماذج محدودة ومكررة ونمطية من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة.
- ٤- شذوذ واضح في النمو يتضح وجوده في الثلاث سنوات الأولى من العمر (Campbell, et. al, 1991; Schwartz, 1992).

ويرى العديد من الباحثين أن دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM-IV الصادر من الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) APA والتصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) WHO يعدان هما المصدران الرئيسيان لتشخيص الأمراض والاضطرابات المختلفة في الوقت الراهن.



الفصل السابع

صعوبات التشخيص والتشخيص الفارق

الفصل السابع

صعوبات التشخيص والتشخيص الفارق

لما كان الكشف Discover والتشخيص المبكر Early Diagnosis والمبادرة بتنفيذ برنامج التأهيل المناسب يوفر فرصاً أكثر فاعلية More Effectiveness للشفاء المستهدف، أو تخفيف شدة الأعراض، فإن التأخر في كشف وجود الإعاقة، وبالتالي التأخير في برنامج التأهيل قد يؤدي إلى تدهور أكثر وإلى زيادة شدة الأعراض أو ظهور أعراض أخرى مختلفة تحد كثيراً من فاعلية برامج التأهيل والتدخل العلاجي (Campbell & Cueva, 1995).

وترجع أهمية التشخيص الدقيق (الفارق) والمتكامل لحالات الإعاقة إلى تقديم الرعاية المناسبة لتلك الحالات حيث يمكن من خلاله تحديد نوعية احتياجات كل حالة ووضع البرنامج المناسب لها، وهو الأمر الذي يساعد على تحقيق التكيف في المواقف الحياتية المختلفة والانخراط مع الآخرين في المجتمع كما يساعد التشخيص الشامل للحالة في سن مبكرة للوصول إلى ما يشبه البروفايل Profile لها وفق استجابتها Response علي المقياس Scale حتى يتسنى تقديم الرعاية المتكاملة لها في هذه السن المبكرة (عادل عبدالله، ٢٠٠٢ - أ).

لذلك فإن العلماء والوالدين وأهالي الأطفال التوحديين أصبحوا الآن قلقون ومهتمون بنوع الخدمات التي يجب أن تقدم لهؤلاء الأطفال وأسرهم على الرغم من أن هناك الكثير من الإنجازات التي حققت في الولايات المتحدة وأوروبا فيما يتعلق بالقوانين laws والأنظمة التي تنادي بتقديم خدمات تربوية Educational services لهؤلاء الأطفال ولم يعد اعتبارهم غير قابلين للتعليم Educability أو إنهم يحتاجون فقط إلى مؤسسات داخلية، وفي عام ١٩٧٥ عندما روجع تعريف Definition الولايات المتحدة عن الإعاقات النمائية فإن التوحد قد ضم إلى تلك الإعاقات وفي عام ١٩٨٠ أخرج التوحد من تصنيف Classification الاضطرابات الانفعالية الشديدة؛ أن هذا التغيير قد حدث بسبب الخلط القديم لمعني التوحد وعلاقته بالأمراض العقلية Psychosis (Schizophrenia) كما أن الدليل التشخيصي والإحصائي Diagnostic & statistical الرابع للأمراض العقلية (DSM-IV4th- Ed. APA, 1994) الصادر عن الرابطة الأمريكية لعلم النفس، قد عرف التوحد بأنه اضطراب نمائي وليس انفعالي (عبد الرحيم بخيت، ١٩٩٩).

ويري لورد وروتر أن اضطراب التوحد وقد أصبح في الوقت الحالي يمثل أكثر الاضطرابات شيوعاً في المجالين البحثي Searching والإكلينيكي Clinical واتضح من خلالها أن الأطفال التوحديين يظهرون أوجه قصور شديدة في التفاعل الاجتماعي وإقامة علاقة مع الآخرين (lord & Rutter, 1994) وتعمل أوجه القصور هذه علي جعل هؤلاء الأطفال يمثلون فئة تتميز عن غيرها من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة وإن تشابهت مع غيرها من الفئات وخاصة المعاقين عقلياً في كثير من السمات أو أوجه القصور ولكن يظل الفرق بينهما هو الفرق في الدرجة وليس فقط في هذه السمات بل في سمات أخرى عديدة الأمر الذي جعل من السير كنتيجة Result لما توصلت إليه العديد من الدراسات أن نصل إلى بروفيل Profile خاص بكل منهما يمكن معه تحديد أوجه الشبه والاختلاف بينهما حتى يتمكن من تقديم البرامج المناسبة لكل منهما (عادل عبدالله، ٢٠٠٢ ب).

وإذا كانت دول أوروبا وأمريكا قد كرست كل هذه الجهود Efforts لمواجهة هذا الاضطراب Disorder فأين نحن من ذلك؟! ففي الوقت الذي تبذل هناك كل تلك الجهود لا تزال العيادة النفسية في مصر تعاني من قصور واضح في أساليب تشخيص هذه الاضطراب مما يترتب عليه تشخيص خاطئ لمثل تلك الحالات يتم علي أثرها إلحاقهم بمدارس التربية الفكرية على الرغم من وجود فرق كبير بين التوحد Autism والتخلف العقلي Mental Retardation، ومع أن هذا اضطراب وذلك اضطراب آخر يختلف عنه تماماً وعلى الرغم مما أسفرت عنه دراسات عديدة وما يذهب إليه العديد من الباحثين في هذا المجال من أن حوالي ٧٥% من الأطفال التوحديين يقع ذكاؤهم في حدود التخلف العقلي، وتكون النتيجة أنهم لا يستجيبون لما يقدم لهم من برامج لأنها في واقع الأمر غير معدة لهم وإلى جانب ذلك فقد كانت نتيجة هذا التشخيص الخاطئ أن أهملنا تلك الفئة تقريباً فأصبحت وكأنها غير موجودة وكان من آثار ذلك عدة أمور تتمثل في عدم وجود مدارس خاصة بهؤلاء الأطفال أو جمعيات تهتم بشؤونهم وأسرههم أو مراكز تقدم لهم الخدمات المختلفة أو تعمل على تقديم تلك الخدمات لأسرههم (عادل عبدالله، ٢٠٠٢ أ).

وقد يرجع ذلك إلى صعوبة تشخيص هذه الفئة نظراً لتشابهها مع فئات عديدة، وعدم ظهور تشخيص مستقل لها إلا في الطبعة الثالثة المعدلة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM-III.R التي أصدرته الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٨٧) ثم في الطبعة الرابعة من ذات

الدليل DSM-IV التي صدرت عام ١٩٩٤ هذا إلى جانب أن السبب الرئيسي لهذا الاضطراب لا يزال غير معروف على وجه التحديد الآن، كذلك فلا يزال التشخيص يقوم به إما أطباء الأطفال، أو الأخصائيين النفسية المدربين، أو أطباء نفس الأطفال أو أطباء الأعصاب، وإن كان درومان وليفيغر (١٩٩٩) Dorman & leftover يريان أنه ليست هناك فحوص طبية معينة لتشخيص هذا الاضطراب لأنه ليس مرضاً معدياً بالمعنى المتعارف عليه، ولكن تشخيصه الدقيق يعتمد على ملاحظة تواصل هؤلاء الأفراد وسلوكهم ومستوياتهم النمائية (عادل عبدالله، ٢٠٠٢-ب).

ويعتبر تشخيص إعاقة التوحد وغيرها من اضطرابات النمو الشاملة من أكثر العمليات صعوبة وتعقيداً، ويتطلب تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وأخصائيي التخاطب والتحليل الطبية وغيرهم، وترجع تلك الصعوبات إلى عوامل متعددة نستعرض فيما يلي بعضها:-

١- التوحد إعاقة سلوكية Behavioral Impairment تحدث في مرحلة النمو فتصيب الغالبية العظمى من محاور النمو اللغوي linguistic والمعرفي Cognition والاجتماعي Social والانفعالي العاطفي Emotional وبالتالي تعوق عمليات التواصل والتخاطب والتعلم، أو باختصار تصيب عمليات تكوين الشخصية في الصميم، فتعذر أو تستحيل عمليات التعامل مع الطفل لتشخيص حالته والقياس والتقييم وغيرها.

٢- تتعدد وتتوحد أعراض Multi Symptoms التوحد فتختلف من فرد إلى آخر ومن النادر أن نجد طفلين متشابهين تماماً في الأعراض، ويرجع هذا التعدد والاختلاف في الأعراض من طفل إلى آخر إلى تعدد وتنوع العوامل المسببة لإعاقة التوحد، سواء منها العوامل الجينية الوراثية Genetic أو العوامل العصبية والبيولوجية والكيميائية البيئية المختلفة.

٣- إن أكثر العوامل المسببة للتوحد واضطرابات النمو الشاملة الأخرى، تحدث في المخ والجهاز العصبي الذي يسيطر على الوظائف الجسمية والعقلية والنفسية والسلوكية كافة للإنسان، وحيث تصيب المراكز العصبية المنتشرة على لحاء (قشرة) المخ، والتي تتحكم في تلك الوظائف كافة، والمخ بصفة خاصة والجهاز العصبي بصفة عامة من أكثر أجهزة الجسم تعقيداً، وما يترتب على ذلك من تعدد صور الخلل الوظيفي ونتائج السلوكية، وبالتالي تعدد واختلاف أو تشابه الأمراض المترتبة عليها ونوعية الإعاقات التي تسببها.

- ٤- كذلك تعدد أنواع الإصابات Multi Damage التي تؤثر على المخ والجهاز العصبي فقد تحدث الإصابة نتيجة تلوث كيميائي (مثل الرصاص والمعادن الثقيلة) أو التلوث Pollutant الإشعاعي الطبيعي أو الصناعي أو نتيجة للتدخين أو إدمان المخدرات أو الكحوليات أو المبيدات الحشرية، أو نتيجة الإصابة بالأمراض البكتيرية أو الفيروسية كالحصبة الألمانية أو الأمراض التناسلية أو الحمى الشوكية أو نتيجة التهاب الغدد الصماء (الغدة الدرقية) أو التصلب الدرسي أو سرطان المخ أو الدم وغير ذلك من عشرات الأمراض المسببة لإصابة المخ أثناء فترة الحمل أو بعد الولادة وبالتالي تتعدد وتنوع أشكال الخلل الوظيفي والسلوكي المترتبة على الإصابة، فقد تؤدي الإصابة إلى تلف جزء معين من المخ Partial Brain وبالتالي ظهور أعراض التوحد كلها أو جزء منها كما تؤدي إصابة جزء آخر من المخ إلى ظهور مجموعة أخرى من الأعراض تشخص أنها إعاقة Asperger أو ريت Retts أو إعاقة تخاطب أو تعلم learning Disability أو تخلف عقلي أو غير ذلك من الإعاقات التي تتشابه مع أعراض التوحد.
- ٥- قد يحدث الخلل أو الإصابة بطريق غير مباشر لمخ الجنين نتيجة حدوث العامل المسبب قبل عملية الإخصاب لبويضة الأم التي تكون موجودة بمبيضها طوال مرحلة الطفولة بسبب عامل إشعاعي أو تلوث بيئي كيميائي أو غير ذلك.
- ٦- قد يصاحب إعاقة التوحد إعاقة أو أكثر من الإعاقات الذهنية كالتخلف العقلي (الشديد أو المتوسط أو البسيط) أو الصرع أو الاسبرجر أو الريت أو فصام الطفولة أو إحدى إعاقات التعلم كالنشاط الحركي الزائد أو قصور القدرة على الانتباه والتركيز أو الدسلوكيا أو الأفيزيا أو غيرها، فنتشابهك وتتعدد الأعراض وتصبح عملية التشخيص أكثر صعوبة وتعقيداً، خاصة وإن بعض أعراض تلك الإعاقات تتشابه مع بعض أعراض التوحد.
- ٧- بالإضافة إلى كل تلك الصعوبات كلها، فإنه لا يوجد حتى الآن من الاختبارات والمقاييس السيكلوجية المقننة، وخاصة في العالم العربي ما يمكن استخدامه للكشف عن إعاقة التوحد ... حتى اختبارات الذكاء المعروفة من الصعب إن لم يكن من المستحيل أحياناً تطبيقها على حالات التوحد، بسبب ما تسببه الإعاقة من قصور لغوي، وعجز عن الاتصال والتواصل، أو نشاط حركي زائد، أو عدم توفر القدرة على الانتباه والتركيز أو غير ذلك من العوامل التي تعرقل عمليات القياس والتشخيص (Schopler, et.al, 1980).

التشخيص الفارق :

بالرغم من تحديد محكات دقيقة لتشخيص التوحد، وتحديد السمات أو العلامات المميزة للنمو المبكر لهؤلاء الأطفال، إلا أن صعوبة الوصول إلى تشخيص دقيق لحالة التوحد ما زالت موجودة بالفعل، ويرى كثير من العلماء مثل: (O Gorman, 1973 ; Marchion 1981; Hoberge, et al, Gillberg, 1990; Compbell, et al, 1993) أن السبب الرئيسي في ذلك هو التشابه بين بعض أعراض التوحد وأعراض إعاقات أخرى عديدة وللوصول إلى تشخيص دقيق يجب البحث عن ماهية هذه الإعاقات المصاحبة للتوحد وإيضاح الفروق الجوهرية التي تميز إعاقة التوحد عن غيرها من الإعاقات فيما يسمى بالتشخيص الفارق (سهم عبدالغفار، ١٩٩٩).

و لذلك فإنه ينبغي لسلامة التشخيص أن نفرق بين التوحد وهذه الاضطرابات الأخرى مثل:-

١- اضطراب طيف التوحد Pervasive Development Disorder Spectrum ويشمل كل من:

أ - اضطراب أو زملة أسبرجر Asperger s Disorder.
ب- اضطراب نمائي غير محدد في مكان آخر.

Pervasive Developmental Disorder Not other wise Specified.

ج- اضطراب أو زملة ريت Rett s Disorder.

د - اضطراب الطفولة التفككي أو التفككي Childhood Disintegrative.

٢- الفصام Schizophrenia.

٣- التخلف العقلي Mental Retardation.

٤- اضطراب الحركة النمط Stereotyped Movement Disorder.

٥- اضطرابات التواصل Communication Disorder وتشمل كل من:

أ - الإعاقة السمعية Auditory impediment.

ب- إعاقات التخاطب Specific Developmental Disorder.

ج- اضطرابات اللغة التعبيرية Expressive Language Disorder.

د - اضطراب اللغة المختلطة (الاستقبالية التعبيرية).

Receptive- Expressive Language Mixed Disorder

هـ- الصمت الاختياري Selective Mutism.

التوحد والتخلف العقلي Autism and Mental Retardation

إن الخلط بين أعراض إعاقة التوحد ومظاهر الإعاقة العقلية يرجع إلى أنه كثيراً ما يصاحب حالات التوحد الإصابة بالتخلف العقلي، كما تتشابه وتختلط هذه الأعراض وخاصة إذا كان العمر العقلي أقل من ٢٠ شهراً (Gillberg, 1990).

وذلك ناتج إما عن وراثية Genetic خلا كروموزومي أو أحد أمراض التمثيل الغذائي Metabolic، وإما إلى اختلاف في دم الأم من حيث RH (سالب أو موجب) وإما أن يكون ناتجاً عن خلل في إفراز الغدة الدرقية، وإما يكون ناتجاً عن تلف في خلايا قشرة المخ بسبب عوامل بيئية حدثت قبل أو بعد الإخصاب أو أثناء الحمل أو الولادة، أو نتيجة الإصابة بعد الولادة بسبب حادث أو أحد الأمراض الفيروسية (كحالة التهاب السحايا، الحمى الشوكية)، والمعروف أن حوالي ٤٠% من حالات التوحد تكون مصحوبة بتخلف عقلي أقل من (٥٠-٥٥) أي تخلف متوسط أو شديد Moderate or Severe بينما ٣٠% منها تكون مصحوبة بتخلف عقلي بسيط Mild بين (٥٥-٧٠)، تلك المصاحبة أو تلازم الإعاقتين في طفل واحد، يشكل صعوبة كبيرة في التشخيص كما يشكل عبئاً ثقيلاً على تكيف الطفل وعلى أسرته ومجتمعه وعلى عمليات التأهيل والتدخل العلاجي، وإذا وجدت الإعاقتان في فرد واحد، لا بد من تشخيصهما كأساس لبرنامج الرعاية والتأهيل والتنبؤ بمستقبل الطفل Prognosis كما لوحظ أنه كلما قل ذكاء الطفل زادت احتمالات أصابته بالتوحد أو على الأقل احتمال ظهور بعض أعراض التوحد مصحوبة لأعراض التخلف العقلي، وخاصة إذا كان العمر العقلي للطفل أقل من سنتين (أو حتى ٢٠ شهر) فتظهر بوضوح صعوبات الكلام Speech Disability والتواصل Communication والتخاطب والحركات النمطية المتكررة، وهي من أعراض التوحد، ومن هنا يحدث الخطأ في التشخيص وتحديد ما إذا كانت الحالة تخلفاً عقلياً أو توحداً أو كليهما معاً، وهو ما يمكن حدوثه بنسبة ٧٠% كما أسلفنا مسبقاً (عثمان فراج، ٢٠٠٢).

وفي مثل هذه الحالات المزدوجة من الإعاقة فإن المشكلة التي تحد من إمكان الوصول إلى تشخيص دقيق للحالة، هو تعذر أو استحالة تطبيق اختبارات الذكاء على الطفل الذي يعاني من توحد فقط، أو تخلف عقلي شديد فقط، أو يعاني من الإعاقتين معاً، حيث تصبح عملية القياس الموضوعي شبه مستحيلة (National Center for Autism, 1986).

ومن اليسير أن نلاحظ فيما يتعلق بهاتين الفئتين أنهما تتشابهان معاً في العديد من السمات وإن كانتا تختلفان في سمات أخرى يمكن من خلالها التمييز بينهما.

- فقد يتشابه التوحد مع التخلف العقلي في الأعراض والسمات التالية:
- ١- تكرار السلوكيات النمطية والقهرية.
 - ٢- صعوبات في الكلام والتخاطب (Marchionne, 1982).
 - ٣- الأداء الوظيفي المستقل وهو الأمر الذي يتعلق بالاستقلالية في الأداء، حيث من المعروف أن هناك قصوراً في هذا الجانب تنسم به الفئتان معاً.
 - ٤- أداء الأدوار الأسرية والأعمال المنزلية، وهو ما يرتبط بالأداء الوظيفي المستقل، ونظراً لوجود قصور في استقلالية الأداء بالنسبة للفئتين معاً فإن هناك قصوراً مماثلاً في هذا الجانب أيضاً.
 - ٥- النشاط المهني الاقتصادي وهو ما يرتبط أيضاً بالعنصرين السابقين كما أن القصور في كل منهما ينعكس عليه هو الآخر والواقع يشهد أن مثل هذا القصور يوجد لدى أعضاء كلتا الفئتين معاً.
 - ٦- تنسم كلتا الفئتان بنقص أو قصور واضح في انتباههم للمواقف والمثيرات المختلفة وإن كان الأمر بالنسبة للأطفال التوحديين يزداد بعض الشيء عن أقرانهم المتخلفين عقلياً.
 - ٧- وجود قصور في قدرة الأطفال التوحديين على القيام باللعب التظاهري أو الإدعائي إلى جانب قصور واضح في قدرتهم على اللعب الرمزي، وهو الأمر الذي يمثل جانباً من جوانب القصور لدى الطفل المتخلف عقلياً أيضاً.
 - ٨- وجود قصور من جانب كلتا الفئتين في فهم وإدراك الحالات العقلية لهم ولغيرهم من الأفراد الآخرين وقد يتمثل هذا القصور في عدم قدرتهم على فهم ما يلي: الاعتقادات، النوايا، الانفعالات، البيئة الاجتماعية المحيطة (عادل عبد الله، ٢٠٠٤-ب).
- أما فيما يتعلق بالفروق بين التوحد والتخلف العقلي فهي كثيرة، نوضحها فيما يلي:-
- فقد توصل عادل عبد الله (٢٠٠٢ أ) من خلال سلسلة من الدراسات التشخيصية الفارقة التي قام من خلالها بالمقارنة Comparison بين الأطفال التوحديين وبين أقرانهم المتخلفين عقلياً وقد كشفت هذه الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الإطار للوصول إلى بروفيل عام يميزهم، أو بالأحرى يميز كل فئة منهم وتتمثل الخطوط العريضة أو المعالم الرئيسية لمثل هذا البروفيل فيما يلي:
- ١- يتفوق الأطفال المتخلفون عقلياً على أقرانهم التوحديين في مستوى النمو اللغوي عامة وذلك من الناحيتين الكمية والكيفية، حيث تتضح تلك الفروق في

كم المفردات اللغوية وكم وكيف التراكيب اللغوية والاستخدام اللغوي والمشكلات اللغوية، أو حتى الاضطرابات اللغوية

٢- يتفوق الأطفال المتخلفون عقليا على أقرانهم التوحيديين في مهارات الأداء Performances Kills أو التطبيع الاجتماعي Socialization بشكل عام وذلك كما يعكسه أدائهم الوظيفي الاجتماعي، وما يضمه ويتضمنه من مهارات اجتماعية واهنة أو واهية يغلفها القصور من جانب الأطفال التوحيديين في التواصل بشكل يفوق ما يوجد بالنسبة لأقرانهم المتخلفون عقليا، سواء تعلق ذلك بمهارات التواصل التعبيري أو حتى مهارات التواصل الاستقبالي.

٣- يتفوق الأطفال المتخلفون عقليا على أقرانهم التوحيديين في الدرجة الكلية للسلوك التكيفي Adaptive Behavior ولا يخفي علينا أن القصور الدال في السلوك التكيفي وما يرتبط به من مهارات يعد من الشروط الأساسية لكلتا الإعاقتين معا، إلا أن هذا القصور يزداد Increase بدرجة دالة Significance في حالة الأطفال التوحيديين قياسا بأقرانهم المتخلفين عقليا، أو حتى من أي فئة أخرى من تلك الفئات التي تتضمنها الإعاقة العقلية، حيث ترتبط تلك الإعاقة في أساسها بقصور في السلوك التكيفي عامة وما يتعلق به من مهارات مختلفة.

٤- الأطفال التوحيديين أقل تفاعلا مع الآخرين قياسا بأقرانهم المتخلفين عقليا وهو الأمر الذي يرتبط بالدرجة الأولى بمستوى مهاراتهم الاجتماعية اللفظي منها وغير اللفظي، ويرتبط من ناحية أخرى بمستوى نموهم الاجتماعي.

٥- الأطفال التوحيديين يعدون أكثر انسحابا من أقرانهم المتخلفين عقليا وذلك في المواقف والتفاعلات الاجتماعية عامة، وهو أمر يرتبط في المقام الأول بعدد من المتغيرات ذات الصلة في هذا الصدد من أهمها:-

أ - تدنى مستوى نموهم الاجتماعي.

ب- قصور في مهاراتهم الاجتماعية.

ج- لا مبالاتهم الاجتماعية.

د - قصور اهتماماتهم الاجتماعية.

هـ- قصور في التواصل.

وعلى ذلك يصبح من المنطقي أن يتحرك الطفل بعيدا عن الآخرين فيتجنبهم، ويعيش في عالمه الخاص، أو الخيالي وهو الأمر الذي دفع الكثيرين إلى إطلاق مصطلح الطفل الذاتوي عليه.

٦- يتفوق الأطفال المتخلفون عقليا علي أقرانهم التوحديين في المهارات الاجتماعية بما لديهم من عناصر ومتغيرات عديدة منها ما يلي:

أ - وعي اجتماعي نسبي.

ب- قدرة نسبية على التعلق بالآخرين.

ج- قدرة علي استخدام ما لديهم من مفردات لغوية وتراكيب لغوية تفوق أقرانهم التوحديين في سياقات اجتماعية متعددة.

٧- الأطفال التوحديين أقل عدوانية من أقرانهم المتخلفين عقليا سواء تضمن ذلك العدوان على الذات Self أو الغير أو الممتلكات، سواء كان ذلك العدوان ماديا أو لفظيا، حيث يقل العدوان اللفظي بينهم بدرجة كبيرة، بل أنه يكاد ينعدم نظرا لافتقارهم الصارخ إلى المفردات والتراكيب اللغوية المختلفة، ومن المعروف أن هذه العدوانية Aggression قد ترتفع في مستواها لديهم بعض الشيء وذلك عندما تتم مضايقتهم، ومع ذلك يظل مستوى عدوانهم أقل من أقرانهم المتخلفين عقليا.

٨- يتسم الأطفال التوحديين بدرجة من النشاط الزائد Hyperactive تفوق مستوى أقرانهم المتخلفين عقليا، حيث هناك العديد من السلوكيات المرتبطة باضطرابهم هذا كالدوران المستمر، والرغبة بالذراعين، والحركة المستمرة في المكان وغيرها والتي تكشف قدر اكبر من النشاط الحركي الزائد والاندفاعية.

٩- إن اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum يضم عدة أنماط Patterns من الاضطرابات المرتبطة من بينها زملة أو متلازمة اسبرجر Asperger s Syndrome وأن هذه المتلازمة نادرا جدا ما تصيب طفلا يقل مستوى ذكائه عن المتوسط، بل إنها عادة ما تصيب الأطفال من ذوي الذكاء المرتفع، وحتى المرتفع جدا ومن ثم فإننا عادة ما نجد أطفالا موهوبين من بين هؤلاء الأطفال في حين لا يوجد أطفال موهوبين بين المتخلفين عقليا.

١٠- حدوث أنماط سلوكية واهتمامات نمطية Stereotyped Behavior ومقيدة وتكرارية وذلك من جانب الأطفال التوحديين دون أقرانهم المتخلفين عقليا، على الرغم من أن اهتمامات الأطفال المتخلفين عقليا تكون مقيدة أيضا، وقاصرة في الغالب كما قد تكون نمطية في بعض الأحيان، إلا أن التمسك الصارم بالروتين يميز بين الفئتين بشكل جلي حيث يعد أساسيا بالنسبة للأطفال التوحديين دون أقرانهم من المتخلفين عقليا (عادل عبد الله، ٢٠٠٤-ب).

١١- يتمتع التوحدي بمهارة عالية Higher skills في القدرات الحركية الدقيقة Fine Motions يعكس التخلف عقليا فيعاني من قصور في هذه المهارات (Coheen, Donnellan, 1985).

١٢- المستخلف عقليا لديه اضطراب واضح في الذاكرة، إذا لا يستطيع تخزين المعلومات التي يحتاجها في مواقف تالية، بينما التوحدي يتمتع بذاكرة آلية جيدة للمكان والزمان ولكن لديه اضطراب Disorder واضح في الإدراك Perception فيستجيب لمنبهات Stimulus بعينها ولا يستجيب لمنبهات أخرى (Dianne, 1992).

١٣- التخلف العقلي قد يكون بسيط Mild أو متوسط Moderate أو شديد Severe وتتراوح نسبة الذكاء IQ في المستويات الثلاثة بين (٥١-٧٠)، (٣٦-٧١)، (٢٠-٣٥) بالترتيب وقد نقل نسبة الذكاء عن (٢٠) فيكون صاحبها شديد التخلف بدرجة كبيرة profound (كمال مرسى، ١٩٩٦).

أما نسبة الذكاء في اضطراب التوحد فهي كالتالي:
٤٠% تقل نسبة ذكائهم عن (٥٠)، ٣٠% نسبة ذكائهم تصل إلى (٧٠) أو أكثر، أما الثلث الباقي فتصل نسبة ذكائهم إلى مستوى ذكاء العاديين وأحيانا تصل لدى البعض منهم إلى مستوى العباقرة (الأطفال الاسبرجر فقط) (Watson, 1973).
وعليه فإن الأطفال التوحديين يظهرون تباينا واضحا في الأداء المعرفي ويتراوح أدائهم بين فوق المتوسط في تصميم المكعبات وتجميع الأشياء من اختبار وكسلر، وبين الضعيف في اختبار المفردات والتفكير المنطقي والتجريدي، أما في الأجزاء التي تتطلب تعاملًا بالذاكرة المباشرة أو الأداء البصري المكاني فإن أدائهم يكون جيدا (Shah, Frith, 1993).

وهناك العديد من الدراسات في هذا المجال كدراسات ستون وآخرين (١٩٩٩) Stone, et. al وولف-سكاين (١٩٩٨) wolf - Schein وفان مثيرو وآخرين (١٩٩٧) Van Meter, et. al وروبل (١٩٩٧) Ruble كاربنترى ومورجان (١٩٩٦) Carpentieri & Morgan وسكاتر غادة حمدان - آلان (١٩٩٥) Schatz & Hamden - Allen حيث أكدت جميعا على تفوق الأطفال المعاقين عقليا على أقرانهم التوحديين في مجال التواصل والتنشئة الاجتماعية أو مهارات الحياة اليومية Daily Living Skills، في حين كشفت دراسة لوفلاند وكيلى (١٩٩١) Loveland & Kelly تفوق الأطفال المعاقين عقليا في مهارات التواصل فقط، وأثبتت دراسة رودريج وآخرين (١٩٩١) Rodrigue, et. al تفوقهم في مهارات الأداء الاجتماعي

فقط، أما مهارات السلوك التكيفي الأخرى فقد كشفت نتائج تلك الدراسات عن عدم وجود فروق داله بين هاتين الفئتين فيها.

كما تشير زينب شقير (٢٠٠٤) للعديد من الدراسات التي أجريت للمقارنة والتشخيص الفارق بين التوحد والتخلف العقلي لإيضاح أوجه التشابه والاختلاف بينهما، أمثال دراسات: Flusberg (1992); Hobson (1986); Brathelelemy, (1996); Baber (1996); As perge et.al (1992); Kanner, Kurita, et.al (1992); وحلواني (١٤١٦هـ) وعمر بن الخطاب (١٩٩١) وأسفرت النتائج عن الآتي:

- ١- الانسحاب الاجتماعي Social withdrawal: حيث يميل التوحد للانسحاب والعزلة Alienation الاجتماعية بينما المعاق عقليا يمكنه الانتماء للآخرين.
- ٢- ضعف الانتباه والذاكرة Attention Deficit: يعاني التوحد من الاضطرابات الحادة في الذاكرة، والقدرة على الانتباه مقارنة بالمعاق عقليا.
- ٣- التعبير اللفظي وغير اللفظي: يمكن أن تكون اللغة غير موجودة لدى التوحد، وإن وجدت فإنها تكون غير عادية، وأوضحت دراسة Anderson & Flusberg انخفاض مستوى اللغة والكلمات المرتبطة لدى التوحد.
- ٤- القدرة على التقليد والمحاكاة: يعجز التوحد عن التقليد والمحاكاة بينما يستطيع المعاق عقليا القيام بذلك.
- ٥- الاستجابة الذهانية: لدى التوحد بعض مظاهر الاضطراب الذهني بينما لا توجد لدى المعاق عقليا.
- ٦- العمليات الإدراكية Perceptual Process: حيث يعاني التوحد من اضطراب إدراكي أكثر من المتخلف عقليا ويعطي استجابات شاذة لمنبهات بعينها، وخاصة في مهام الإدراك البصري والحركي.
- ٧- المظاهر السلوكية: يبدي التوحد مظاهر سلوكية نمطية تشمل حركات الذراع واليدين تختلف عن المهارات السلوكية التي يظهرها المعاق عقليا. ويستعرض عثمان فراج (٢٠٠٢) لبعض المؤشرات التي تسهل عملية التشخيص الفارقي والتمييز بين اضطراب التوحد وإعاقة التخلف العقلي والتي أمكنه تسجيلها من تجارب الملاحظة الموضوعية المقننة لأفراد الإعاقتين وهي كالتالي:-

- ١- يتميز طفل التخلف بنزعه إلى التقرب والارتباط بوالديه، والتواصل معهما ومع الكبار وغيره من الأطفال الأقران، وهي سمة اجتماعية غائبة تماما في حالة طفل التوحد.

- ٢- طفل التخلف العقلي لا يعاني من مشكله رجع الصدى Echolalia التي يعاني منها طفل التوحد الذي يعيد نطق آخر كلمة أو كلمتين من أي سؤال أو كلام يوجه إليه.
- ٣- طفل التخلف العقلي لا يستثيره التغيير في عاداته اليومية سواء كان في ملبسه ومأكله أو لعبه أو أثاث غرفته ولا يندفع في ثورات غضب (مثل طرق رأسه في الحائط وإيذاء ذاته أو الآخرين كما يحدث للطفل الذي يعاني من التوحد.
- ٤- طفل التخلف العقلي لا يعاني من قصور في استعمال الضمائر كما يفعل طفل التوحد الذي يخلط بين أنا وأنت فيستعمل كلا منهما مكان الأخرى وكذلك بالنسبة إلى غيرها من الضمائر.
- ٥- طفل التخلف العقلي أسهل مراسا في التعامل معه وتدريبه وفي تنفيذ برامج التأهيل من طفل التوحد الذي يحتاج إلى جهودا Efforts فائقة وصبر وجلد في التعامل معه أو تدريبه.
- ٦- طفل التوحد غالبا نموه اللغوي متوقف أو محدود للغاية، وحتى إذا وجدت لديه حصيلة قليلة من المفردات فمن النادر أن يستخدمها في التواصل ومن هنا يأتي قصور قدرات التعبير اللغوي أو استقباله، وإذا حدث وتكلم فإن كلامه يكون مضطربا وخاليا من النغمات الصوتية التعبيرية التي تضيف على الكلمات معاني إضافية بعكس طفل التخلف العقلي.
- ٧- طفل التوحد لهذه الأسباب ليس لديه القدرة ولا الدافعية للتعليم والتخاطب ولهذا يعاني من توقف النمو الاجتماعي والقدرة على التعامل مع الآخرين بعكس طفل التخلف العقلي.
- ٨- طفل التوحد يتجنب التواصل البصري بالتقاء العيون Eyes Contact بين المحادثين وهي سمة نادرة ما تحدث مع طفل التخلف العقلي.
- ٩- في الحالات القليلة التي يمكن تطبيق اختبار ذكاء فردي (مثل WISC) نجد أن هناك تفاوتاً كبيراً بين مستوى الذكاء اللفظي (الذي يكون أكثر انخفاضا) ومستوى الذكاء غير اللفظي (الذي غالبا ما يكون أكثر ارتفاعاً) لدى أطفال التوحد، بينما مستوى الذكاء اللفظي وغير اللفظي يكاد يكون متساويا لدى أطفال التخلف العقلي
- ١٠- طفل التوحد قد يبدأ فجأة في نوبات ضحك أو بكاء أو صراخ يستمر طويلاً بدون سبب ظاهر، بينما لا يحدث هذا في حالة التخلف العقلي.

- ١١- طفل التوحد يعيش في عالمه المغلق وكان حواسه وجهازه العصبي المركزي قد توقف عن العمل وعن الاهتمام بما حوله، فهو لا يبالي بمن حوله لدرجة أن علاقته بأمه ليست أكثر من علاقته بأي شيء في بيئته حتى لو كان كرسيًا أو لعبة أو ملعقة.
- ١٢- التوحد من حيث انتشاره أقل بمراحل من التخلف العقلي فنسبة حدوثه ٢-٣%: ١٠٠٠٠ (تؤكد الإحصاءات الحديثة أن نسبة انتشاره قد بلغت ١:٢٥٠) بينما التخلف العقلي ينتشر بنسبة ٣% من المجتمع أو أكثر.
- ١٣- التوحد إعاقة يولد بها الطفل، وتظهر أعراضها مبكرًا في حدود زمنية أقصاها ٣٠ شهرًا، أما التخلف العقلي فقد يولد به أو يحدث بعد الولادة نتيجة حادث يؤدي إلى تلف في المخ أو إصابة بمرض معد (كالتهاب السحائي أو الحمى الشوكية) أو نتيجة لتلوث بيئي (مثل الرصاص أو الزئبق).
- ١٤- طفل التوحد غالبًا ما يحتاج إلى الرعاية مدي الحياة تقريبًا، أما الطفل المتخلف عقليًا (المتوسط أو البسيط Mild or Moderate) فإنه قد يحقق استقلالًا ذاتيًا Self Independent بمساعدة برامج التأهيل ويعتمد على ذاته ويحميها من الأخطار ويعمل في حرفة مناسبة.
- ١٥- طفل التوحد لا يفهم المظاهر الانفعالية أو العاطفية كما أن لديه قصورا وغياب القدرة عن التعبير عنها.
- ١٦- طفل التوحد لا يرحب (بل يرفض) حمل أمه له واحتضانه أو تقبيله، بعكس طفل التخلف العقلي.
- ١٧- عجزه عن التواصل لا يقتصر على التواصل اللغوي linguistic Communication بل يمتد أيضا ليشمل التواصل غير اللغوي، بالعيون - بتعبير الوجه - بحركة الأيدي، والحركات البدنية وتنظيم نطق الكلمات Auxiliary language بينما لا يحدث ذلك في حالة التخلف العقلي (إلا في الحالات التي تعاني من تخلف عقلي شديد) ويرى عثمان فراج أن تلك كانت بعض المؤشرات التي أمكن استنتاجها من الاعتماد على الملاحظة الموضوعية الدقيقة التي يمكن أن تساعد استخدام معايير DSM-IV في تشخيص حالات التوحد والتمييز بينها وبين حالات التخلف العقلي ولكن لا يمكن الاعتماد عليها وحدها كلية، فللوصول إلى تشخيص دقيق لا بد من استخدام أكبر قدر ممكن من الوسائل والأدوات والتحليل الطبية المساندة

الضرورية للتشخيص الفارقي لحالات التوحد مثل: التحاليل المعملية الكيميائية، الفحوص الطبية، الفحوص الوراثية.

التوحد والفصام Autism & Schizophrenia

يشير كامبل وآخرون بأن التوحد يعتبر حالة من فصام الطفولة Childhood Schizophrenia وقد نوقشت هذه العلاقة Relation ship في دراسات عديدة منها : (Bender, 1947; Kanner, 1943 - 1973; Rimland, 1964; O Gorman, 1970; Wing, 1976; Rutter, 1978; Goldstein, et al, 1986) حيث كانت الدراسات الأولية تعتبر التوحد عرض أولى لفصام الطفولة، ومع تشابه الكثير من أعراضها، حدث الخلط بينهما (Compbell, et. al, 1991).

وقد ظل الخلط في تشخيص هؤلاء الأطفال، حيث ظهرت هذه الفئة في الطبعة الأولى من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي) DSM-I الذي صدر عام ١٩٥٢ تحت اسم استجابات فصامية من النوع الطفلي، وقد استمر الخلط بين التوحد والفصام في هذه الفترة حتى أن الطبعة الثانية من الدليل التشخيصي والإحصائي DSM-II التي صدرت عام ١٩٦٨ أدرجت الأعراض الاجترارية تحت فئة: فصام نوع طفلي وكان تصنيف ذهان الطفولة فئة تشخيصية شائعة في ذلك الوقت وكانت تشير أساسا إلى مجموعة الأعراض الفصامية عندما تظهر عند الأطفال، وقد تجسد الخلط بين التوحد والفصام في بروز الرأي الذي تمسك به الكثير من العلماء والمعالجين وهو أن التوحد ما هو إلا المراحل المبكرة Early phases من الفصام أي أننا أمام كيان مرضي واحد تغلب أعراض التوحد في بدايته ثم تظهر الأعراض الفصامية بعد ذلك حتى أن Kanner نفسه في فترة من فترات عمله ظن Doxa أن التوحد هو الفصام المبكر وان كان قد عدل عن هذا التوجه بعد ذلك، وقد حسمت الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-III الصادر عام ١٩٨٠ الخلاف الدائر حول ارتباط التوحد بالفصام، حيث اعتبرت أن كل منهما كيانا مرضيا مستقلا وقائما بذاته (علاء الدين كفاقي، ٢٠٠١).

ويعرض محمد قاسم (٢٠٠١) تحت عنوان حالات تعتبر أشكالا بسيطة للتوحد للشخصية الفصامية بقوله: لقد وصف وولف وشيك (wolf & chick, 1980) متلازمة تحدث في مرحلة الطفولة Childhood Phase وتتصف بالفقر الانفعالي (البرود) وعدم التعاطف، والصلابة أو الجمود، والأفكار الغريبة، وانشغالات

قشريه وسواسية مسبقة، وخلل في التواصل اللفظي وقد اعتبرت هذه المتلازمة بأنها مرادفة لمتلازمة اسبرجر وأنها تختلفان عن التوحد من حيث أن الخلل في النمو اللغوي وخاصة التردد الببغاوي، وفقدان الاستجابة الانفعالية وتجنب التحديق أو المواجهة بالنظر، وسلوكيات الطقوس والرتابة القسرية التي لا تحدث إطلاقاً في هذه المتلازمتين وقد انتهى وولف وزميله من بحوثهما إلى القول بأن الأطفال فصاميو النمط (شخصية فصامية) يتوسطون في أدائهم وسلوكهم الوظيفي بين التوحد والأسوياء ويشارك الأطفال الفصاميون أقرانهم التوحديون في السلوكيات النمطية، وفي نزعتهم لفرض النمطية وبعض الإعاقة في اللغة، وفي الواقع يبدو الفارق الواضح والوحيد بينهما هو أن الأطفال ذوي الشخصية الفصامية النمط لا توجد عندهم التكرارية Repetition الموجودة عند الأطفال التوحديين.

وقد أشار عبد الرحمن سليمان و O Gorman إلى أهم السمات المشتركة بين التوحد والفصام فيما يلي:

- ١- الانسحاب withdrawal وللشعور بالوحدة النفسية (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١).
 - ٢- فقدان الاتصال بالواقع.
 - ٣- النقص في التعاطف وحرارة المشاعر.
 - ٤- الفشل في تكوين صداقة مع الآخرين.
 - ٥- عدم البراعة في التحدث والعمل.
 - ٦- الاضطراب الانفعالي (O Gorman, 1970).
- وعلى فافتراض التشابه بين الاضطرابيين كان منطقياً Logical لدرجة أن بعض الباحثين كانوا يسمون التوحديين بالفصاميين.
- إن التفريق بين التوحد والفصام حديث نسبياً وفيما يلي أهم الفروق:
- ١- الفصاميون قادرون على استخدام الرموز، ولكن التوحديين غير قادرين على ذلك.
 - ٢- لا يطور الأطفال للتوحديين علاقات اجتماعية Social Relation مع الآخرين ويرفضون الاستجابة للأشخاص والبيئة Environment بينما الأطفال الفصاميون يمكن أن يطوروا علاقات مع الآخرين (عبد الرحيم بخيت، ١٩٩٩).
 - ٣- حالات التوحد لا تنتشر وتتكرر في العائلة الواحدة، بينما حالات الفصام تتكرر بصورة واضحة، فالفصامي تنتشر في أسرته الإصابة بالفصام أو أحد الأمراض العقلية الأخرى (Compbell, et. al, 1991).
 - ٤- نسبة الإصابة بالتوحديين الذكور أكثر منها لدى الإناث (٤-١)، بينما يصيب الفصام الجنسين بنفس النسبة.

- ٥- التوحد اضطراب نمائي Developmental Disorder بينما الفصام مرض عقلي.
- ٦- التوحد يصاحبه غالباً تخلف عقلي Mental Retardation بينما لا يحدث ذلك مع الفصام (شاكر قنديل، ٢٠٠٠).
- ٧- لا تظهر أعراض الهلوس والهذات Hallucination, Deliriums and Delusion في التوحد، بينما ظهورها في حالات الفصام مؤكدة.
- ٨- ظهور حالات الكتاتونيا والبارانويا التي تقتصر على الفصام ولا علاقة لها بالتوحد (Goldstien, et. al, 1986).
- ٩- الفصامي لا يعاني من قصور لغوي أو غياب القدرة على التعبير عن نفسه والاتصال والتخاطب مع الآخرين، بينما الغالبية العظمى من التوحديين لديهم قصور أو عجز في هذه الجوانب.
- ١٠- التوحديون يتجنبون إلتقاء العيون، بينما نادراً ما يحدث ذلك في حالات الفصام (Sahakian, et. al, 1986).
- ١١- يبدأ ظهور التوحد قبل سن عامين ونصف، بينما الفصام يبدأ بعد هذا السن فالفصام يبدأ في عمر متأخر في الطفولة أو في بداية المراهقة.
- ١٢- تدهور واضح واضطراب في الانتباه لدي التوحدي مقارنة بالفصامي (زينب شقير، ٢٠٠٤).
- ١٣- التوحدي جامد الحس لا يعبر ولا يفهم الإنفعالات والعواطف ولا يتبادلها بينما الفصامي يكثر من التعبير عن انفعالاته وعواطفه.
- ١٤- التوحدي يتمتع بصحة أفضل وقدرة حركية أكبر من الفصامي (O Gorman, 1990).
- ١٥- يبدأ عادة الفصام في الطفولة بعد فترة من الارتقاء العادي أو الأقرب إلى العادي ويمكن أن يضاف تشخيص الفصام إلى تشخيص التوحد، إذا ما توافرت تلك الملامح الأساسية التشخيصية للاضطراب الفصامي بجانب اضطراب التوحد والتي تتضمن مرحلة نشطة Activity Stage من الأعراض الهذائية والأخايلية السائدة والتي تبقى لمدة شهر على الأقل (علاء الدين كفاقي، ٢٠٠١).
- ويري كندول (Kendall ٢٠٠٠) أننا من الناحية التاريخية نلاحظ وجود نمطين للاضطراب النمائي العام أو المنتشر Pervasive Developmental Disorder هما:
 - ١- اضطراب التوحد Autism Disorder.
 - ٢- فصام الطفولة Childhood Schizophrenia.

ومن الجدير بالذكر أن فصام الطفولة يتسم بالانسحاب الاجتماعي الحاد، وعدم القدرة Inability علي إقامة علاقات مع الآخرين، ولكنة في الوقت ذاته يختلف عن فصام المراهقة في غياب الهلوس والضلالات تقريباً، ولا يخفي علينا أن مرضى الفصام سواء من الأطفال أو المراهقين يعانون من اضطراب التفكير سواء في محتواه أو مجراه أو التعبير عنه في إطار للتفاعلات الأسرية (عادل عبدالله، ٢٠٠٤-ب).

ويؤكد نيوسوم وهوفانتز (Newsom & Hovanitz, ١٩٩٧) أن سن الطفل عند بداية كلا الاضطرابين، للتوحد والفصام يعد نقطة أساسية للتمييز بينهما حيث نلاحظ أن الأطفال الفصامين يمرون بفترة من النمو العادي تعكس توافقاً عادياً نسبياً يتبعها بداية أعراض حادة للفصام في حين نجد أن اضطراب التوحد يحدث قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره، ولا يمر الطفل في الغالب بفترة نمو عادية أو فترة من التوافق العادي نسبياً، كما هو الحال بالنسبة لفصام الطفولة (عادل عبد الله، ٢٠٠٢-ب).

ويرى (Durand & Carr, 1988) أن فصام الطفولة يمكن تشخيصه في السنوات الخمس الأولى بحيث يمكن تفرقه عن التوحد وذلك من خلال غلبة الأعراض المرضية وانتشارها (وخاصة اضطراب التفكير والهلوس) والتي لا تحدث عند الأطفال التوحديين، ومن جهة ثانية فإن أكثر الأطفال التوحديين لا تتطور الحالة عندهم إلى فصام، أما بالنسبة للذين يكون أداؤهم مرتفعاً منهم، فقد تتطور الحالة عندهم إلى فصام نمطي في مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة أو في المراهقة والرشد باعتبارها عواقب لتطور حالة توحد سابقة، وقد وصف عدد من العلماء مجموعة من الأطفال بعضهم يملك أعراض التوحد خلال سنوات الطفولة المبكرة وفقاً لمعيار الفصام كما وصفه الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث والرابع للأمراض النفسية وقد أظهر الراشدون التوحديون الاضطراب الانفصالي نفسه الذي ظهر عند الراشدين الفصامين، ولكنهم لم يظهروا اضطرابات التفكير مثل الهذيان والذهول.

التوحد وصعوبات التعلم Autism and Learning Disability

أوضحت دراسات كلا من شيا وميسينوف (Shea & Mesibav, ١٩٨٥) أن هناك تشابه بين صعوبات التعلم والمستوى المرتفع من التوحد Higher Level Autism في الجوانب التالية:

أ - البروفيل الشخصي.

ب- صعوبات اللغة.

- ج- عدم التمييز المعرفي.
وأوضحا أن هذا التشابه قد يجعل كليهما علي متصل واحد
بينما أسفرت نتائج دراسة (Johnson. et al, 1992) انخفاض دال وواضح
لدي التوحد مقارنة بذوي صعوبة التعلم على المتغيرات التالية:
١- تدهور في حدة السمع والبصر.
٢- تدني الاستجابات الحركية.
٣- انخفاض في الأداء اللغوي.
٤- العزلة الاجتماعية وصعوبة تكوين علاقات اجتماعية (زينب شقير، ٢٠٠٥ - أ).
وقد حددت رابطة الطب النفسي الأمريكي American Psychiatry Association
في دليل التشخيصي الإحصائي الثالث المعدل ١٩٨٧ Diagnostic and statistical
Manual (DSM-III.R) وكذلك دليل التشخيص الإحصائي الرابع (١٩٩٤) (DSM-
IV) أن التوحد لا يتدرج تحت صعوبات التعلم ولكنه يصنف تحت الاضطرابات
السلوكية Behavioral Disorder الناتجة عن الاضطرابات الانفعالية وسوء التوافق
الاجتماعي، ويعتبر من الاضطرابات النفسية ويتميز بزملة أعراض كلنيكية تختلف
عن صعوبات التعلم وأن جوانب الاضطراب تشمل الجانب الانفعالي والجانب
المعرفي (إسماعيل بدر، ١٩٩٧).

التوحد واضطراب أوزمله ريت Rette s Disorder :

زمله ريت Rett's syndrome هي إحدى إعاقات الطفولة، اكتشفها Rett
(١٩٦٦) وهي عبارة عن خلل عميق في المخ يظهر لدي البنات والأفراد شبيه
الاوليسك ويظهر في صورة حركات تكرارية لليد، وقصور في المهارات اللغوية
والاجتماعية (Sharyn Neuwirth, et. al, 1990)
و يعرف عادل عبدالله (٢٠٠٢- ب) اضطراب أوزمله ريت بأنها اضطراب
نمائي Developmental Disorder يصيب البنات فقط، وفيه يحدث النمو الطبيعي أولاً
ثم تفقد البنات المهارات التي اكتسبتها من قبل، كما تفقد الاستخدام الغرضي لليدين
ويحدث بدلاً منه حركات متكررة لليدين ويبدأ ذلك في السن من ١-٤ سنوات.
وقد أشار كامبل وآخرون إلى أوجه التشابه بين التوحد واضطراب ريت فيما
يلي:

- أ - النمو الطبيعي في السنتين الأولى والثانية من العمر، يليه حالة من فقدان
الكامل أو الجزئي للمهارات اللغوية، الاجتماعية ومهارات التكيف المكتسبة.

ب- قصور في النمو المعرفي والتفكير والكلام وربما فقدان كامل للكلام.
ج- عدم التواصل في الأفكار والانفعالات قد يكون مصحوباً بالاكتئاب Depression أو الضحك الهستيري بدون سبب (Compbell, et. al, 1991).
بينما أشار أحمد عكاشه وعثمان فراج وعلاء كفاقي ومحمود حموده و Watson إلى الاختلاف بين التوحد واضطراب ريت فيما يلي:

١- اضطراب ريت يشخص عادة فقط عند الإناث، بينما يحدث اضطراب التوحد بدرجة أكبر عند الذكور (أربع أو خمس حالات من الذكور مقابل حالة واحدة من الإناث)، كذلك فإن هناك نمطاً مميزاً في اضطراب ريت يتضمن تأخر نمو الرأس وفقدان المهارات اليدوية المرضية التي كانت الطفلة قد سبقت وتعلمتها، كذلك فاضطراب ريت يتميز بالمشية فقيرة التآزر في حركات الجذع (علاء الدين كفاقي، ٢٠٠١).

٢- حالات الإصابة بزملة ريت مرتبطة دائماً بالإعاقة العقلية الشديدة Sever، أما حالات التوحد فمنهم ٤٠% فقط تقل نسبة ذكاؤهم عن ٥٠ أي تقع في فئة التخلف المتوسط Moderate، ٣٠% تقع في فئة التخلف البسيط Mild ونسبة ضئيلة تقع في فئة التخلف الشديد Sever ونسبة أخرى حوالي ٣٠% أو أقل تقع في فئة العاديين أو العابرة (Watson, 1973).

٣- حدوث تشنجات للمصابين بزملة ريت أثناء الطفولة المبكرة أو المتوسطة وحدثت نوبات صرعية في معظم الحالات قبل عمر ثمان سنوات، أما حالات التوحد فقد أشارت بعض الدراسات أن حوالي ٤-٣٢% من التوحديين سوف يحدث لهم نوبات صرعية عظمي في وقت ما من حياتهم وخاصة في مرحلة البلوغ (محمود حموده، ١٩٩١).

٤- العوامل المسببة للإصابة بزملة ريت تنحصر في تلف المخ أو النخاع الشوكي أو المخيخ أو الجهاز العصبي بصفة عامة، أي عوامل عضوية، أما العوامل المسببة للإصابة بالتوحد غير محددة فقد تكون وراثية أو عضوية أو نفسية (Hagberg, et. al, 1983).

٥- حدوث ضمور في العضلات الفقرية مع عجز حركي شديد وتشنج شديد يصيب الأطراف السفلية أكثر من الأطراف العلوية يؤدي إلى فقدان القدرة على الحركة والمشي للحالات المصابة بزملة ريت بعكس حالات التوحد فلا تظهر عليها هذه الأعراض.

- ٦- العجز الرئيسي في المصابين بزملة ريت يتمثل في التخبط والترنح في المشي وفقدان الاتزان الحركي للأطراف والحركات اليدوية النمطية تتمثل في عصر اليدين وغسلها لا إرادياً أو لف اليد حول الأخرى مع وضع الذراعين في حالة انثناء أمام الصدر أو الذقن، بلل نمطي لليدين من اللعب، حدوث صعوبة في البلع والتنفس، فشل دائم تقريباً في التحكم في عمليات التبول والتبرز، بروز مفرط في اللسان وتتطور هذه الأعراض في منتصف فترة الطفولة، فيحدث تخلف جزعي وعمي حركي ويصاحبها أحياناً ضعف حسي وأحياناً حركات رقص كيفية بعكس حالات التوحد فلا تظهر فيها هذه الأعراض (أحمد عكاشة، ١٩٩٢).
- ٧- سلوك إيذاء الذات المتعمد Self-injurious Behavior الانشغال بالتوافة من الأمور والحركات النمطية غير الهادفة سمات بارزة لدى التوحديين ولكنها نادرة جداً في حالات الإصابة بزملة ريت (عثمان فراج، ١٩٩٦ (٤٦ع)).

و يلخص عثمان فراج التشخيص الفارق بين الريت والتوحد في الآتي:

الريت Rett s Syndrome	التوحد Autism Disorder
بيدي المصاب تدهوراً واضحاً تدريجياً في النمو مع تقدم العمر	قصور النمو موجود وظاهر بعد الميلاد (مبكراً)
اضطراب وعشوائية ونمطية حركة اليد (عرض مميز)	غالباً لا توجد وإذا وجدت فهي غالباً نتيجة عادات مكتسبة Acquired Habits
غياب التوازن ترنح في المشي غياب التناسق الحركي Ataxia and Aproxia	الوظائف العضلية الكبيرة سليمة
فقدان تام للوظائف اللغوية Linguistic Function	قد يوجد اضطراب في استخدام اللغة ولا تفقد حصيلتها
اضطراب التنفس أحد الأعراض الرئيسية	اضطرابات التنفس نادرة أو لا توجد
التدهور في محاور النمو عرض أساس حتى يصل في مرحلة البلوغ إلى عمر ٦-١٢ علي المحور اللغوي الاجتماعي	ثبات في مهارات محاور النمو المختلفة دون تدهور
نوبات الصرع تظهر مبكراً في ٧٥% من الحالات عنيفة متكررة تصاحبها إقرنات فيه	نوبات الصرع قليلة أو نادرة وإذا أظهرت ففي مرحلة المراهقة.

المصدر (عثمان فراج، ٢٠٠٠ (٦٢ع))

اضطراب أو زملة اسبرجر Asperger s Syndrome or Disorder

اكتشفها هانز اسبرجر Hans Sperger عام ١٩٩٤ واعتبرها إحدى اضطرابات الشخصية وكانت تتشابه مع بعض أعراض للتوحد التي وصفها Kanner عام ١٩٤٣ وحيث أن اكتشافات اسبرجر ظهرت في نفس الوقت الذي أعلن فيه كanner عن ملاحظاته للأطفال التوحديين كما أطلق عليهم فان اسبرجر أطلق علي زملة اسم Autistic psychopathy واعتبرها البعض حالة مخففة من التوحد أو شبيه التوحد (Sharyn Neuwirth, 1999) Autism like

ويشير عادل عبدالله إلى أن الاسبرجر يتسم بوجود خلل في التفاعلات الاجتماعية، ووجود اهتمامات وأنشطة مقيدة ومحددة جداً مع عدم وجود تأخر عام دال من الناحية الإكلينيكية في اللغة، وتتراوح نسبة ذكاء الفرد بين المتوسط إلى المرتفع، وربما المرتفع جداً حيث من الملاحظ أن هذه الفئة على وجه التحديدون سواها تضم أطفالاً موهوبين بين أعضائها (عادل عبدالله، ٢٠٠٤-ب).

ويري عبد الرحمن سليمان أنها حالة مشابهة للتوظيف العالي High Function في إعاقة التوحد، تتميز بقصور ونواحي عجز ملحوظ في السلوك الاجتماعي Social Behavior واهتمامات محدودة للغاية، والتصرف الأخرق، وصعوبات أداء على الاختبارات المعرفية، ومشكلات في الوظائف التنفيذية ولكن لا يوجد تفكير معرفي أعلى Metacognitive ولا يوجد نموذج للفكر ولا أسلوب معين في حل المشكلات Solving problems (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١).

ويشير إليها عثمان فراج على أنها إحدى إعاقات مجموعة اضطرابات النمو ذات الأصول التكوينية البنوية Constituently والخلقية الولادية Congenital (أي تكون موجودة عند الميلاد) ولكنها لا تكتشف مبكراً بل بعد فترة نمو عادي على معظم محاور النمو قد تمتد إلى عمر (٤-٦) سنوات وتصيب الأطفال ذو الذكاء العادي أو العالي ونادراً ما يصاحبها تخلف عقلي بسيط، وبدون تأخر في النمو اللغوي أو المعرفي ويتميز بقصور كيفي واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي مع سلوكيات شاذة واهتمامات محدودة غير عادية، وغياب القدرة على التواصل غير اللفظي وعلى التعبير عن العواطف والانفعالات أو المشاركة الوجدانية (عثمان فراج، ٢٠٠٢).

ويطلق محمد قاسم (٢٠٠١) علي متلازمة اسبرجر اسم إمراضية التوحد ويرى أن هذه المتلازمة تتحدث عنها وتصفها كتب علم النفس والطب النفسي الألماني، بينما يعزى التوحد إلى كتب وأدب علم النفس والطب النفسي الإنجليزي

ومن هنا فإن علاج هاتين المتلازمتين يكون مختلفا وينظر إليهما علي أنهما وحدات مرضية منفصلة Separate Unites ويصف متلازمة اسبرجر علي أنها خلل أو عجز في التفاعل الاجتماعي واللغة والتواصل غير اللفظي (كلام حذقة Pedantic Speech) وقلب الضمائر، ووضعيات محدودة وتعبيرات وجهيه ضعيفة وأنشطة متكررة رتيبة، ورفض للتغيير إضافة إلى هذه الصورة الإكلينيكية، هناك تاريخ سابق من فقدان الاهتمام بالجماعة الإنسانية والآخرين خلال الرضاعة وضعف اللعب التخيلي أو الإيهامي The Make Believe play خلال الطفولة وفوق ذلك فإن متلازمة اسبرجر والتوحد تشتركان في أعراض متشابهة للدرجة التي تدفع العديد من العلماء اعتبارها متلازمة مرضية واحدة، ولكن الاختلاف مع ذلك يكون في طول وشدة كل واحدة منها (كميا) وفي خطورتها.

ومن أوجه التشابه بين التوحد وزمله اسبرجر ما يلي:-

- ١- القصور في القدرة على التفاعل الاجتماعي.
 - ٢- محدودية الاهتمامات وأوجه النشاط (عثمان فراج، ٢٠٠٢).
 - ٣- غياب التواصل غير اللفظي.
 - ٤- قصور في الحركات الدقيقة Fine Motors (احمد عكاشه، ١٩٩٢).
 - ٥- سلوكيات تكرارية، مشكلات اجتماعية، ومشكلات حركية تتمثل في عدم الرشاقة (Sharyn Neuwirth , et.al, 1999).
- أما عن الاختلافات بينهما فإنها تتعلق بما يلي:-

- ١- نسبة الذكاء IQ في زملة اسبرجر قريبة من النسب العادية (٩٠-١١٠) والتباين Variances في الذكاء في حالة الأطفال التوحديين واضح في جانبيه اللفظي والعملية
- ٢- لا يوجد لدي الطفل المصاب بزملة اسبرجر تأخر عام في اللغة كما أنه ليس لديه صعوبات في استخدام الضمائر (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٢).
- ٣- عدم بدء ظهور أعراض اسبرجر إلا خلال مرحلة الطفولة المتأخرة، بينما حالات التوحد تظهر في مرحلة الطفولة المبكرة (sharyn Neuwirth, et. Al, 1999)

- ٤- كما يمكن أن نفرق بين اضطراب التوحد وبين اضطراب اسبرجر في أن الاضطراب الأخير يتميز بالنقص أو التأخر في الارتقاء اللغوي، علما بأنه لا يتم تشخيص اضطراب اسبرجر إذا ما انطبقت محكات تشخيص اضطراب التوحد علي الحالة (علاء كفاقي، ٢٠٠١).

٥- الاسبرجر يتصف بالقلق Anxiety والاكتئاب Depression، ضعف التوافق الحركي، ومن السهل إحباطه وعدواني وهذه السمات غير أساسية في التوحد (عثمان فراج، ١٩٩٦، (٤٦٤)).

٦- طفل الاسبرجر لا يتجنب الآخرين من الأفراد أو الكبار كما يفعل طفل التوحد بل يقبل على التعامل معهم بنشاط ولو أنها أنشطة ضيقة الحدود تدور غالباً حول اهتماماته وحاجاته الشخصية التي تبدو غريبة وعادة غير مألوفة للطفل العادي.

٧- مع أن طفل الاسبرجر يعاني من العزلة الاجتماعية والوحدة مثل طفل التوحد إلا أن الفرق بين الحالتين هو أن طفل التوحد غير واع لوجود الآخرين حوله ولا يبدى أي إحساس أو اهتمام بوجودهم ولا يحاول التواصل معهم، بينما طفل الاسبرجر يدرك جيداً وجود الآخرين حوله ويشعر بهم ويبذل محاولات مستميتة للحديث معهم ولكن قصور قدراته في التفاعل الاجتماعي وغلظة وفجاجة أسلوبه في المبادأة وتركيزه على اهتماماته وحاجاته الخاصة واستمراره في الحديث عن موضوعات لا تحظى باهتمام الآخرين أو متابعتهم، وبرغم انصرافهم عنه، فإنه يستمر في الحديث مما يؤدي إلى شعورهم بالملل والتبرم من أسلوبه على نحو لا يتيح الفرصة لتكوين واستمرار علاقاته الاجتماعية معهم.

٨- إذا قارنا إعاقة الاسبرجر بإعاقة التوحد، فإننا نستطيع اعتبار حالات الأول من حيث الشدة أخف بدرجة كبيرة من الثاني، وذلك بالنسبة إلى الأعراض المشتركة المتشابهة في الحالتين (عثمان فراج، ٢٠٠٢).

وقد أوضح هانز اسبرجر Hans Asperger عالم الفيزياء النمساوي (١٨٤٤-١٩٥٤) مكتشف هذا الاضطراب الذي كان يعمل في نفس فتره ليوكاير leo kanner المكتشف الأول للتوحد في بحث أصدره في ذلك الوقت يصف فيه أنماط السلوك Behavior Patterns لدى العديد من الصبية الصغار ذوي الذكاء العادي وتطور اللغة العادي، لكنهم يظهرون سلوكاً مشابهاً للتوحد في العجز في المهارات الاجتماعية والتواصل أنه يمكن التمييز بين الاضطرابين من خلال علامتين:-

الأولى: تختص ببداية Start المرض والثانية بالتأخر اللغوي Language Delay حيث أن هذا المرض يبدأ في الخامسة أشهر الأولى من عمر الطفل أما التوحد فيبدأ في خلال الثلاثة سنوات الأولى، أما في التأخر اللغوي فيكون الأطفال

ال Autism مختلفين لغوياً أي لغتهم شاذة بعكس الآخرين، كما أوضح Asperger أن تعليم هؤلاء الأطفال ليس عن طريق التلقين والصم كما أوضح كانر لعينة من الأطفال التوحديين، وقال أن هؤلاء الأطفال كانوا يؤدون بأقصى أداء تلقائي جدي كأنهم مفكرين مجردين (Bishop D.U.M, 1989).

التوحد واضطرابات الطفولة التحللية Childhood Disintegrative Disorder

يشير عثمان فراج (٢٠٠١) (٦٦ع) إلى أن اضطرابات الطفولة التحللية أو التفسخية CDD كانت تاريخياً معروفة منذ أوائل القرن العشرين حيث كان العالم النمساوي T.Heller قد اكتشفها في فينا وأطلق عليها اسم جنون الطفولة Dementia Infantilis أو متلازمة هيلر (H.S) عام ١٩٠٨ أي قبل أن تكتشف لأول مرة حالات التوحد والاسبرجر عام ١٩٤٣، ١٩٤٤ وتشبه أعراض اضطرابات الطفولة التحللية CDD إلى حد كبير أعراض التوحد Autism مما يؤدي إلى أخطاء في تشخيصها لكن الفارق والاختلاف الأساسي تمثل في كون التوحد غالباً يولد به الطفل ويمكن أن يكتشف في بعض الحالات في الشهور (أو حتى في الأسابيع) الأولى بعد الولادة ولكن حالات الـ CDD التحللية لا تظهر إلا بعد العام الثاني وفي بعض الحالات يتأخر ظهورها لعدة سنوات لكن قبل العام العاشر من عمر الطفل وبعد أن يكون قد مر بمرحلة أو مراحل نمو طبيعي مكتسباً خلالها العديد من المهارات اللغوية والاجتماعية الحركية والتحكم في الإخراج ومهارات اللعب والتفاعل الاجتماعي ومن هنا جاء مصطلح اضطرابات الطفولة التحللية فلا يمكن بطبيعة الحال أن يحدث التحلل أو التفسخ Disintegration إلا بعد أن يكون تكامل أو اكتساب المهارات Integration قد حدث فعلاً... وفيما عدأ هذا الفارق (موعد وتاريخ ظهور الأعراض) ليس من المستغرب أن يحدث خطأ في التشخيص فالأعراض متشابهة بين الإعاقين بل قد تكون واحدة حتى في حدوث نوبات صرعية وغيرها في الحالتين كما في حدوث موجات كهربية غير عادية في الحالتين عند استخدام اختبار رسم المخ (EEG).

التوحد والاضطراب النمائي غير المحدد في مكان آخر PDD-NOS

Pervasive Developmental Disorder- Not Otherwise Specified

ويشار إليه عادة على أنه اضطراب توحدي غير نمطي أو غير نموذجي Atypical ويتم تشخيص الحالة على هذا النحو عندما لا تنطبق على الطفل تلك

المحكيات الخاصة بتشخيص معين مع وجود خلل أو قصور شديد وشامل في عدد من السلوكيات المحددة (عادل عبدالله، ٢٠٠٤- ب)

التوحد وكروموزوم اكس الهش Fragile X Chromosome

وهو عيب وراثي يؤثر في النسل من الذكور، يكون مصحوباً بتأخر عقلي ويطلق هذا اللفظ على الاضطراب بسبب قابلية الذراع الطويلة للكروموسوم X القابل للكسر عندما يكون العيب موجوداً، وهذا الكروموسوم هو ثاني الأسباب شيوعاً بعد زملة داون للتأخر العقلي بين الذكور ويسمى أيضاً زملة الصبغ X الهش Fragile x Syndrome (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاقي، ١٩٩٠ (ج٣)).

ويشير بايلي وآخرون (١٩٩٣) Bailey et. al أن الإصابة بهذا المرض تأتي من الخلل في التركيب الكروموزومي في الخلية وأن الطفل المصاب بهذا المرض تظهر عليه بعض السمات مثل:-

كبر عظام الوجه، أسنان ضعيفة، مفاصل مرتفعة وممتدة لأصابع اليد، أذن كبيرة منبسطة، ارتفاع غير عادي في سقف الحلق، حول في العين، وجه طويل وضعيف، أقدام مفاطحة، خلل في الصمام الميترالي للقلب، خلل في الناقلات العصبية مما ترتب عليه بطء الاستجابة للمثيرات الحسية.

أما عثمان فراج فيشير إلى أوجه التشابه بين زملة الكروموزوم X والتوحد فيما يلي:-

- ١- ممارسة الحركات النمطية المتكررة بالأيدي.
 - ٢- قصور الإدراك الحسي للمثيرات البصرية والسمعية والتواصل اللفظي والقدرة على التخاطب.
 - ٣- النشاط الحركي الزائد المصحوب بالعدوانية Aggression أو العصبية الموجهة للذات أو الآخرين.
 - ٤- صعوبات في التركيز والانتباه Attention Deficit Disorder.
 - ٥- تجنب التواصل البصري ومتابعة الحديث مع الآخرين.
 - ٦- إصدار أصوات غريبة وغير مفهومة (عثمان فراج، ١٩٩٦ (٤٦ع)).
- وعن كيفية التمييز بين الإعاقتين بالرغم من هذا التشابه في الأعراض، فيشير أوجرمان أنه يمكن ذلك من خلال الفحص الكروموزومي الدقيق الذي يكشف عن وجود هذا الكروموزوم الهش وبالتالي تستبعد أن تكون الحالة مصابة بالتوحد ولكن

احتمال الإصابة بالإعاقين معاً أمر وارد حيث يرى أوجرمان أن نسبة (١٠-١٥%) من التوحيدين يصابون بزملة الكروموزوم x الهش (O Gorman , 1970). وقد يفسر لنا ذلك سبب انتشار إعاقه التوحد لدي الذكور أكثر من الإناث.

التوحد واضطراب الحركة النمط Stereotyped Movement Disorder

ويشخص هذا الاضطراب إذا كانت الصورة الإكلينيكية من حيث تكرار ونمطية الحركات أفضل مما هو عليه بالنسبة لصورة الطفل التوحيدي، وعادة ما يتناول هذا الاضطراب سلوك البناء النفسي بصورة مختلفة عن الاضطراب التوحيدي (DSM-IV, 1994).

التوحد واضطرابات التواصل

١- التوحد والإعاقه السمعية Hearing Impairment

يعد التوحد Autism والصمم Deafness أو فقد السمع Hearing loss من أكثر اضطرابات التواصل شيوعاً بين الأطفال، إذا يدفع كلاهما بالطفل إلى حالة من الوحدة أو العزلة فينزوي على أثرها بعيداً عن الآخرين ويتوقع في عالمه الخاص، وإذا كان الطفل الأصم يتمكن بعد ذلك من تعلم وربما ابتكار أساليب مختلفة للتواصل مع الآخرين كلغة الإشارة أو غيرها علي سبيل المثال، فإن الطفل التوحيدي على الجانب الآخر وأن ضعفت عنده حدة التواصل يظل يعاني مع ذلك من قصور في الجانب الاجتماعي لديه فلا يستطيع من جرائه أن يقوم بتكوين علاقات أو صداقات مع الآخرين أو يحافظ علي علاقاته معهم، وتشير بيركي (٢٠٠٣) Berke إلى أنه قد يتم في بعض الأحيان إساءة التشخيص لكل من التوحد وفقد السمع أو بالأحرى الخلط بينهما حيث أن الطفل التوحيدي قد يبدي بعض السمات التي يبديها الطفل الأصم، إذ نجده يبدو أحياناً وكأنه لا يسمع، ومن هنا فقد يتم تشخيصه علي أنه أصم، وقد يتم تشخيص الطفل الأصم في الجانب الآخر علي أنه توحيدي نظراً لما قد يصدر عنه من بعض السلوكيات، إلا أن واقع الأمر يعكس أن الطفل قد يكون أحدهما فقد يكون توحيدياً، وقد يكون أصماً، لكن الأمر لا يسلم أحياناً فقد يجمع الطفل بين الاثنين معاً فيكون توحيدياً وأصماً في نفس الوقت، ومع ندرة هذه الحالات إلا أنها تحدث في الواقع، ولا يمكن لنا أن ننكر وجودها على الإطلاق بل أن الأخطر من ذلك أن الاتحاد القومي لأبحاث التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٣) National Alliance for Autism Research NAAR

قد أصدر في تقرير له أن ما بين ٣٠-٥٠ % من الأطفال التوحيديين يبدون أيضاً فقداً للسمع يتراوح بين الفقد الكلي والفقد الجزئي (عادل عبد الله، ٢٠٠٤ - أ).

و يشير عثمان فراج (١٩٩٦) (٤٦٤) إلى أن بعض الأطفال المصابون بالصمم الذي يؤدي إلى البكم Deafness lead to Mutism نتيجة لعوامل أثناء الحمل أو بعد الولادة، قد يظهرون بعض سمات الأطفال التوحيديين ومن هنا حدث الخلط في تشخيص التوحد بأنه إعاقة سمعية.

كما أن بعض الأطفال التوحيديين قد لا تنمو اللغة لديهم على الإطلاق لذلك قد يشخصهم البعض خطأ على أنهم من فاقد السمع (عادل عبد الله، ٢٠٠٤ - ب). ومن بين الأعراض أو السلوكيات الثانوية Secondary Behaviors التي قد يظهرها الأطفال المعاقون سمعياً السلوك الانسحابي، والانزعاج من تغيير الروتين أو بعض السلوكيات الأخرى المشابهة، وهم في هذا قد يشتركون مع بعض سلوكيات الأطفال التوحيديين (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٢).

ولكن هذه السلوكيات تعتبر ثانوية بالنسبة للصم، ولكنها أولية وأساسية Basic and Elementary في حالة الأطفال التوحيديين (عبد الرحيم بخيت، ١٩٩٩). ويعرض محمود حموده (١٩٩٣) لبعض أوجه التشابه بين أعراض التوحد والإعاقة السمعية فيما يلي:-

- ١- غياب القدرة على التواصل البصري
 - ٢- الاندماج في حركات نمطية
 - ٣- عدم القدرة على التخاطب والتواصل اللفظي.
- أما عن جوانب الاختلاف بين أعراض التوحد والإعاقة السمعية فهي:-
- ١- أن الأطفال الصم يستخدمون أعينهم كي يتعلموا مختلف الأشياء عن العالم المحيط من حولهم، وعلى ذلك فهم يقوموا بملاحظة الآخرين، وحتى قبل أن يتعلموا التحدث أو استخدام لغة الإشارة فإنهم يتعلموا كيف يجعلوا الآخرين يفهمونهم وذلك من خلال استخدامهم للإشارات المختلفة وهو الأمر الذي لا يقوم به الأطفال التوحيديين أو الأطفال الصم التوحيديون.
 - ٢- إن الطفل التوحيدي لا يستجيب لمشاعر الآخرين، ولا يكون بمقدوره أن يفهم مثل هذه المشاعر، ولا ينظر إلى وجوه الآخرين حتى يمكنه أن يميز مشاعرهم تلك، كما أنه عادة يتصرف وكأنه لا يعبأ بها مطلقاً، أما الطفل الأصم فيمكنه أن يتعرف على تغيرات الوجوه ولكنه يجد صعوبة في فهم

- المشاعر الداخلية لأنه عادة لا تتاح له الفرصة كي يتحدث عنها، كما أنه لا يكون بمقدوره أن يعبر عنها بشكل دقيق.
- ٣- الطفل التوحيدي يأتي بسلوكيات متكررة أو يقوم بها بشكل متكرر كالهززة والتأرجح والدوران، وتشبيك اليدين والتصفيق المستمر بهما، وما إلى ذلك أما الطفل الصم فلا يفعل شيئاً من ذلك إلا عندما يتم تجاهله أو تجاهل حاجاته لفترة طويلة من الوقت (عادل عبد الله، ٢٠٠٤ - أ).
- ٤- معدلات الذكاء IQ في حالات الإصابة بإعاقة سمعية أعلى من نظيرتها في حالات التوحد.
- ٥- تستطيع حالات الإصابة بإعاقة سمعية تحقيق تواصل غير لفظي مع الآخرين أفضل من حالات التوحد (شاكر قنديل، ٢٠٠٠).
- ٦- تتسم حالات الإعاقة السمعية بالقدرة على تكوين علاقات اجتماعية وتفاعل اجتماعي مع الآخرين بعكس حالات التوحد فهي تعاني من عجز رئيسي في هذه الجوانب.
- ٧- سهولة تشخيص حالات الصم والبكم بالفحص الطبي لأجهزة السمع والكلام يقابلها صعوبة في تشخيص التوحد لعدم توافر أدوات مقننة لهذا الغرض (سميرة السعد، ١٩٩٢).
- ٨- يميل التوحيدي للانسحاب الاجتماعي، والانزعاج من الروتين بشكل أساسي مقارنة بالمعاق سمعياً (زينب شقير، ٢٠٠٤).
- ويشير عادل عبد الله (٢٠٠٤ - أ) إلى بعض الأمور الهامة التي تلفت انتباهنا بالنسبة للطفل التوحيدي: إنه يتصرف أحياناً وكأنه أصم فلا يعير الآخرين أي اهتمام، ولا يعير الصوت أي اهتمام في كثير من الأحيان، بل والأهم من ذلك أنه لا يهاب الخطر فقد يعبر الطريق عندما تكون هناك سيارة قادمة بسرعة ولا يعير أي اهتمام لذلك البوق الذي يسمعه كل المحيطين به آنذاك، وهنا قد يتيقن من يتعامل معه أنه أصم مع أنه ليس كذلك في الواقع، حيث يعرف مثل هذا الأمر من جانبه باللامبالاة السمعية Auditory Indifference، وقد يكون الطفل من ناحية أخرى علي العكس من ذلك تماماً، إذ قد يكون حساساً للصوت بدرجة كبيرة، أما الإعاقة السمعية Hearing Impairment علي الطرف الآخر فتعكس عدم قدرة الطفل علي استخدام أذنيه لسماع الحديث وفهمه، وبالتالي لتعلم اللغة والكلام.

٢- التوحد واضطرابات اللغة والكلام Communication Disorder

حيث أن اضطرابات اللغة والكلام والجوانب المعرفية مظاهر أساسية في التوحد فإنه من المتوقع أن يكون هناك تشابه بين التوحد والاضطرابات اللغوية وبسبب هذا التشابه فإنه يتم الخلط أحياناً بين التوحد وهذه الاضطرابات (عبد الرحيم بخيت، ١٩٩٩).

وبري سميث وآخرون (١٩٩٩) Smith, et. al أنه من الممكن التمييز بينهما في عدد من النقاط البسيطة ذات الأهمية حيث نجد أن هناك العديد من الحقائق التي يمكن أن ترتبط كل فئة من هاتين الفئتين، والتي تميزها بالتالي عن الفئة الأخرى ويمكن أن نعرض لذلك كما يلي:-

- ١- أن الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية يحاولون دائماً التواصل بالإيماءات وبتعبيرات الوجه.
- ٢- أن الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية عادة ما يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة تسهم في فهم تعبيرات الوجه.
- ٣- أن الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية يمكنهم أن يقوموا باستخدام اللغة جيداً بعد أن يتم علاج مثل هذه الاضطرابات التي يعانون منها.
- ٤- أن الأطفال التوحديين في المقابل لا يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة أو حتى تعبيرات انفعالية مصاحبة وهو ما يضيف تعقيداً جديداً لفهم تعبيرات الوجه.
- ٥- أن الأطفال التوحديين يفشلون في استخدام اللغة كوسيلة من وسائل الاتصال والتواصل بدون تدريب على ذلك حيث أنهم عادة ما يعانون من قصور لغوي في مفرداتهم، وتراكيبها اللغوية، كما أن اللغة قد لا تنمو لديهم بعضهم على الإطلاق.
- ٦- أن الأطفال التوحديين يسمون عادة بما يعرف بالترديد المرضي للكلام وهو الأمر الذي قد يجعل الكثيرين يتجنبون التواصل معهم (عادل عبدالله، ٢٠٠٤ - ب).

٣- التوحد وإعاقات التخاطب

تعتبر إعاقات التخاطب والتواصل من الإعاقات النمائية المحددة Specific Developmental Disorder وتتميز بالنمو غير الطبيعي لبعض المهارات اللغوية والكلامية والحركية، ولا تعزى لاضطراب جسمي أو عصبي محدد أو تخلف عقلي أو نقص فرصة التعلم أو الإصابة بالاضطرابات النمائية المنتشرة، ويترتب على الإصابة بهذه الإعاقات ظهور مشاكل في القراءة، التعبير اللغوي، التعبير الكتابي

النطق الصحيح للأصوات، التتهته، عدم القدرة الحسابية Acalculia (محمود حموده، ١٩٩١).

جوانب التشابه بين إعاقات التخاطب والتوحد:-

أ - قصور في القدرة علي التواصل اللفظي

ب- غياب القدرة علي تكوين علاقات اجتماعية (عثمان فراج، ١٩٩٦ (٤٦ع)).

أما جوانب الاختلاف فتتمثل في العناصر التالية:-

أ - أصحاب إعاقات التخاطب لا تظهر لديهم ظاهرة التردد الآلي Echolalia والخلط في استخدام الضمائر، بعكس حالات التوحد فهذه الظواهر تعتبر من السمات البارزة لديهم.

ب- درجة القصور اللغوي لدي أصحاب إعاقات التخاطب تكون اقل من نظيرتها لدي التوحديين.

ج- أصحاب إعاقات التخاطب لديهم قصور في نوع محدد من أشكال التواصل في حين أنهم يستطيعون استعمال الأشكال الأخرى من التواصل عدا الجانب المعاق لديهم، بعكس حالات التوحد فهي تعاني من قصور في أشكال التواصل اللفظي وغير اللفظي.

د - أصحاب إعاقات التخاطب يندمجون في ألعاب ابتكاريه خيالية، بعكس التوحديين فهم يعانون من قصور في هذه السمة.

هـ- أصحاب إعاقات التخاطب نسب ذكائهم أعلى من نظيرتها في حالات التوحد (سميرة السعد، ١٩٩٢؛ عثمان فراج، ١٩٩٦ (٤٦ع)).

٤- اضطرابات اللغة الاستقبالية التعبيرية المختلط Receptive - Expressive

Language Mixed Disorder

أما عن اضطراب اللغة سواء التعبيرية أو في اللغة الاستقبالية التعبيرية المختلط فإنه يكون هناك عطب في استخدام اللغة ولكنه لا يكون مصحوباً بوجود تضرر كبير في كيفية التفاعل الاجتماعي والأنماط المحددة والمكررة من السلوك التي نجدها في اضطراب التوحد (علاء الدين كفاقي، ٢٠٠١).

وبالرغم من أن كلاهما يتمثل في وجود خلل لغوي غير مرتبط بالخلل الذي يحدث في التفاعل الاجتماعي كما أنه لا يرتبط بضروب السلوك النمطي التكراري تظل هناك بعض الصعوبات من حيث تحديد هذا الاضطراب والفرقة بينه وبين اضطراب التوحد (سهي أمين، ٢٠٠١).

٥- التوحد والحبسة أو عسر الكلام الإنمائي (الديسلكسيا Dyslexia)

في كلا نوعي عسر الكلام الإنمائي (عسر الكلام التعبيري أو الحبسة التعبيرية)، وعسر تلقي الكلام (حبسة التلقي)، وفي التوحد أيضاً هناك استجابات غير عادية أو شاذة للأصوات وتأخر في النطق وفي اكتساب الألفاظ وفهمها وفي استعمالها، وبما أن اكتساب الكلام واللفظ واللغة يتم ببطيء، فإن الأطفال الذين يعانون من الحبسة ومن التوحد يشوهون الكلمات والألفاظ ويحرفونها، وبسبب صعوبتهم في التواصل وعدم فهم ما يقولون فإن الأطفال المصابين بعسر الكلام قد تتطور عندهم الحالة إلى اضطراب في العلاقات مع الآخرين كما هو الحال في التوحد، على كل أن الأطفال المصابين بالحبسة لا تظهر عليهم أعراض الحبسة الإدراكية كالمبالغة في المثيرات الحسية أو تخفيفها وبذلك يقدرّون على التواصل عن طريق الوضعيات الجسمية والتعبيرات الوجهية (التواصل غير اللفظي) وبما أن الطفل المصاب بالحبسة قد اكتسب اللغة وتعلم النطق فإنه نادراً ما يظهر ضعفاً في التواصل والقصد التواصل، أو الترييد البيغوي الذي يحدث عند التوحد، وأخيراً فإن المعالجة اللغوية تختلف في التوحد عنها في الحبسة (محمد قاسم، ٢٠٠١).

٦- التوحد والصمت الاختياري Elective Mutism

و يتسم بفشل في استخدام الكلام والتواصل في بعض المواقف الاجتماعية بالرغم من استخدام الكلام في مواقف أخرى، وهذا الاضطراب يختلف عن التوحد لأنه أقل خلل في التفاعل الاجتماعي، وقد يكون له سبب نفسي Psycho Cause ولكن الطفل Mutism يصدر أنماط سلوكية مشابهة لاضطراب التوحد Autism وعادة ما يبدأ أو يظهر قبل سن ٥ سنوات (David, M.B & Peter D.H , 1998). و يرى علاء كفاقي أنه في الصمت الاختياري يكشف الطفل عن تملكه لمهارات الاتصال المناسبة في سياقات عديدة في الوقت الذي لا يكون لديه الضرر الشديد في التفاعل الاجتماعي والأنماط المحددة من السلوك التي نجدها في اضطراب التوحد (علاء الدين كفاقي، ٢٠٠١).

كما يشير محمد قاسم إلى أن الطفل في حالة الصمت الانتقائي أو الاختياري يكون على وعي وإرادة كاملة في اختيار الصمت أو التحدث وأنه عادة ما يكون صمته المختار كاستجابة Response لبعض المواقف الأسرية الخاصة وغير المرغوبة في العائلة، مثل هؤلاء الأطفال يتحدثون بطلاقة في المواقف الأخرى (محمد قاسم، ٢٠٠١).



الفصل الثامن

أساليب التدخل و البرامج التدريبية

الفصل الثامن

أساليب التدخل والبرامج التدريبية

تعتبر إعاقة التوحد من أكثر الإعاقات النمائية المنتشرة صعوبة وشدة من حيث تأثيرها على سلوك الفرد الذي يعاني منها وقابليته للتعلم أو التنشئة الاجتماعية Socialization أو التدريب أو الإعداد المهني أو تحقيق أي قدر على العمل، أو درجه ولو بسيطة من الاستقلال الاجتماعي والاقتصادي Economic and Social Independent أو القدرة على حماية الذات، إلا بدرجة محدودة وبالنسبة لعدد محدود من الأطفال (عبدالرحمن سليمان، ٢٠٠٢).

وعلى الرغم من أنه قد تمت السيطرة على بعض الأمراض والاضطرابات الأخرى نتيجة تقدم التقنيات الطبية واستحداث الأمصال والعقاقير المضادة في وقتنا الحاضر لدرجة حالت بين شلل الأطفال والحمى الروماتزمية والدفترية وبين منع الأطفال من الحركة أو الإضرار بقلوبهم كما كان يحدث في الماضي إلا أن إعاقة التوحد لم تجد العلاج الكافي الذي يوقف من غزوها لعقول أطفالنا (رمضان القذافي، ١٩٩٤).

لذلك ونظراً للصعوبات التي يعاني منها المصاب بإعاقة التوحد وعدم الوصول إلى علاج ناجح لها فإن أهداف التدخل Intervention Aims العلاجي تقتصر على تخفيف الأعراض السلوكية وتعويض غياب المهارات الأساسية للحياة اليومية مثل التواصل ورعاية الذات وتحقيق قدر ولو محدود limited من التفاعل Interaction والنمو الاجتماعي Social Growth فضلاً عن حاجة والدي الطفل وأسرته للتوجيه التربوي والإرشاد والتدريب على تقبل الأمر الواقع وأساليب التعامل مع الطفل المصاب وإشباع حاجاته الذاتية الأساسية مما يستدعي علاجاً ذاتياً متواصلاً لاستخدام العلاج السلوكي والتعليمي الذي ثبت نجاحهما في تخفيف آلام الأسرة وتدريبها على التعامل مع الحالة (عثمان فراج، ٢٠٠٢).

ويري Rutter تركيز الاهتمام على التعلم بوجه عام وعلاج أوجه القصور المعرفي (واللغوي بوجه خاص، وأن تكون البرامج العلاجية موجهة نحو تعزيز النمو السوي (Bennett; Rogers, 1996).

وسوف يحاول الباحث فيما يلي عرض لأهم وسائل (طرق) التدخل المستخدمة في هذا الصدد:

التدخل النفسي Psycho Intervention

وتعتمد طريقة العلاج هذه على فترات أساسية في صياغات ماهر النظرية حيث ترى أن النمو النفسي يضطرب ويتوقف عن التقدم في حالة ما إذا لم يعيش الطفل حالة مشبعة في مرحلة الطفولة المبكرة، وهكذا يصبح أول شرط لعلاج بناءاً تدريجياً للاحتكاك مع الموضوع الإنساني، ولكن على نحو مشبع، مع توخي الحرص في دفعه للأمام كي يلتقط أول خيط يربطه بالعالم الخارجي، فالطفل التوحدي ينبغي أولاً أن نخرجه من قوقعته التوحديه وذلك باستخدام فنيات علاجية تتضمن أنشطة إيقاعية مثل الموسيقى، وكذلك استخدام أنشطة تستثير الذاكرة (إلهامي عبد العزيز، ١٩٩٩).

و قد اعتمد التدخل العلاجي والتربوي أساساً على وجهة النظر هذه والتي كانت سائدة حول أسباب Causes التوحد حيث كان يعتقد سابقاً بأنه اضطراب انفعالي يساهم الوالدين فيه مساهمة أساسية، وقد كان العلاج عن طريق التحليل النفسي Psycho Analysis هو الأسلوب السائد حتى السبعينات وأن أحد الأهداف الأساسية للتحليل النفسي هو إنشاء علاقة قوية مع نموذج Model يمثل الأم المتساهلة المحبة علاقة لم تستطع أم الطفل التوحدي أن تزوده بها وإن هذه العلاقة قد تأخذ سنوات حتى تتطور خلال عملية العلاج (عبد الرحيم بخيت، ١٩٩٩). ويشمل هذا النوع من العلاج على مرحلتين:-

الأولى: يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التعزيز Reinforcement وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط مع الفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج.

وفي الثانية: يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات الاجتماعية كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل وإرجاء الإشباع والإرضاء (يوسف القريوتي وآخرون، ١٩٩٥).

و يؤكد هذا المدخل على ضرورة عزل الطفل من منزل أسرته وإدخاله إلى أحد المصحات أو دور الرعاية ذات الإقامة الكاملة، ويقدم العلاج المناسب للطفل ثم يتم إعداده للعودة إلى أسرته بالتدريج بعد إحداث تغيير في البيئة المحيطة بالطفل (O Gorman, 1970).

العلاج بالموسيقى Music Therapy

وفيه تستخدم الموسيقى كعلاج إضافي للعلاج الطبي النفسي والتأهيل ، وبرنامج

العلاج بالموسيقى يستم تحت توجيه معالج متخصص، ومتدرب علي هذا النوع ويوفر تنوعاً من خبرات الاستماع والمشاركة تلائم حاجات المرضى، وتمثل هذه الخبرات فرصة للتواصل غير اللفظي، والخبرة المشتركة والتعبير الانفعالي والاسترخاء والاستمتاع الذي يخلو من التهديد (جابر عبد الحميد وعلاء كفاي، ١٩٩٢ ج٥).

وقد بدأت هذه الطريقة تشق طريقها في علاج الأطفال المصابين بالتوحد في العقد الأخير، وفي العلاج بالموسيقى يخضع الطفل لجلسات من الموسيقى بشكل يومي مكثف وهناك مقطوعات موسيقية أعدت خصيصاً لهذا الغرض، يستمع إليها الطفل عبر سماعات ذات حساسية عالية، وقد ساهمت هذه الطريقة في علاج أطفال مصابين بالتوحد وساعدتهم على التخلص من سلوكيات غير تكيفية (نهلة غندور، ٢٠٠٠).

العلاج البيئي Environmental Therapy

يقوم هذا النوع من العلاج على تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الاجتماعي عن طريق التشجيع والتعلم والتدريب على إقامة علاقات شخصية متبادلة مع المحيطين بالطفل التوحدي مما ينمي لديه مهارات التواصل الاجتماعي الناجح (زينب شقير، ٢٠٠٥ - ب).

ويجب أن تتكامل كل النشاطات اليومية للطفل التوحدي مع العملية العلاجية بتغيير بيئته أو بخلق تعاون ومشاركة بين كل من الموجودين في المحيط اليومي له، ولا يمكن تحقيق ذلك ووضع تخطيط سليم لنشاطاته إلا بوضعه في مستشفى وبذلك يخلق تعاوناً بين الموجودين في المستشفى من مهنيين وغير مهنيين لإنجاح العملية العلاجية (عبد المنعم الحفنى، ١٩٧٨).

ويشدد عدد من علماء النفس أمثال (ديمار، روتر، سكوبلر) علي أن التعليم الموجه هو العلاج المختار للأطفال الذين يعانون من التوحد، وتعتبر طريقة التدريب على المهارات الاجتماعية والتعبير السلوكي من أهم استراتيجيات المعالجة المستعملة مع هؤلاء الأطفال، وقد دفعت هذه المقاربات العلاجية العلماء لمزيد من الاهتمام وبحث إمكانية تدريب وتعليم هؤلاء الأطفال وما إذا كانوا قابليين للتعلم وشدد الاتجاه التقليدي على أن البيئة التعليمية Educational Environment المناسبة مهمة جداً لأنها تجعل الطفل قابلاً للتعلم (محمد قاسم، ٢٠٠١).

التدخل الطبي Medical Intervention

أ - العلاج الدوائي (الكيميائي) Chemical Treatment

تشير فضيلة الراوى وأيمن البلثة (١٩٩٩) إلى أنه بسبب عدم فهم طبيعة الأسباب الباثوفسيولوجية لإعاقة التوحد؛ فلا يوجد أدوية Drugs أو علاجا لشفاء هذه الإعاقة، فقط يمكن أن تعطي بعض الأدوية للأعراض المصاحبة للتوحد في حالة وجود مشكلات سلوكية شديدة والتي لا تستجيب لعلاج تعديل السلوك Behavior Modification أو البرامج التعليمية Educational Programs الموجهة وقد تعطي الأدوية كذلك عندما توجد أعراض Symptoms مصاحبة مثل الكآبة أو كثرة الحركة وعدم التركيز أو إيذاء الذات وغيره، كما توجد أيضا دلائل تشير إلى مساعدة استعمال الأدوية لبرامج تعديل السلوك واستجابة الطفل لها.

و بالنسبة إلى استخدام العقاقير الطبية، فلا بد من الفحص وعدم استخدام أي منها إلا بموافقة ومعرفة الطبيب المختص والالتزام الدقيق بتعليماته من حيث نوع العقاقير المناسبة للحالة وحجم الجرعة ونوعيتها والمدة التي يستمر في تعاطيها هذا علما بأنه حتى الآن لا يوجد من تلك العقاقير ما هو فيه شفاء ناجح لحالات التوحد ولكن هناك فقط ما يخفف من حدة بعض الأعراض أو يساعد أو يسهل عملية التعلم أو يحد من النشاط الزائد أو السلوك العدواني أو يهدئ من ثورات الغضب، أو من السلوكيات النمطية (عثمان فراج، ٢٠٠٢).

و يحدد نلسون وإسرائيل (١٩٩١) أهداف البرامج العلاجية المستخدمة لعلاج المصابين بالاضطراب التوحدي في التغلب علي الخلل البيولوجي، وذلك باستخدام العلاج الدوائي وخلق بيئة قادرة على تعزيز النمو السوي وعملية التعلم (Nelson, Israel, 1991)

و بالرغم من أن الأطفال التوحديين لديهم سمات فردية خاصة في تصرفاتهم وكذلك في تجاوبهم للدواء وأكثرهم لا يساعدهم العلاج بالدواء إلا بنسبة قليلة (١٠-١٥%) يظهرون أنهم يستفيدون من العلاج بالأدوية (سميرة السعد، ١٩٩٨). إلا أن بعض العلماء (كامبل، ١٩٩١) يروا أن العلاج الكيميائي أكثر فاعلية في تخفيف أعراض التوحد، ويشتمل على أدوية، فيتامينات، مضادات خمائر، ومن العقاقير التي تم استخدامها Antidopaminergic, Haloperidol في اختزال السلوكيات النمطية، حيث يرى بأن هذه العقاقير تفيد في تحسن القدرة علي الكلام إذا تم استخدام العلاج السلوكي بجانب تناولها، إما عقار Fenfluramine فيختزل معدل السيروتونين في الدم ويستخدم Amphetamines في خفض النشاط الزائد وزيادة

الانتباه و Phonothiozines لخفض القلق والعنف الزائد المرتبط بإيذاء النفس (Campbell, et al, 1991).

و يرى عثمان فراج (٢٠٠٢) أن عند استخدام عقار Haloperidol (Haldol) لا بد من مشورة الطبيب المختص ليس فقط في بدء استخدامه ولكن أيضا في حالات التوقف أو إنهاء استخدامه وينطبق ذلك أيضا علي استعمال Ritalin لخفض النشاط الزائد ومن تلك العقاقير أيضا Nadohal Naltroxone (Trexan) Lithium (Eskalith) الذي يخفض من حدة السلوك العدواني أو إيذاء الذات Tofrenil الذي يستخدم كمهدئ للخلايا المستقبلية في الخ (Zingarelli, 1992). وقد استخدم فيتامين B6/Magnesium مع حالات التوحد بصفة عامة لما له من مضاعفات محدودة جداً وفاعلية إلى حد ما في تحسين الحالات (Sahakian, et. al, 1986).

ويشير محمد قاسم (٢٠٠١) إلى أن مضادات الدوبامين DA-blockers مثل المقلدات العصبية Neuro leptics أو المهدئات الكبرى Major Tranquilizers قد ثبتت فعاليتها في معالجة مظاهر التوحد وفي الواقع فإن بعض الأعراض الرئيسية لاضطراب التوحد مثل الطقوسية أو النمطية والنشاط الزائد قد تم تحريضها وإحداثها عند الحيوانات بعد إعطائها كمية زائدة من الدوبامين مما أدى للافتراض بأن العصبونات الدوبامينية المركزية قد تكون مرتفعة النشاط Overactive عند المصابين بالتوحد.

و يحذر عثمان فراج الآباء أو أفراد الأسرة من استخدام أي من تلك العقاقير بدون موافقة الطبيب المختص، فإن في ذلك خطورة علي الفرد المصاب وفضلا عن أي نجاح أي عقار طبي مع إحدى الحالات، لا يعنى بالضرورة نجاح تأثيره مع حالة أخرى، كما أن علينا أن نراعى الحذر من إعطاء طفل التوحد أدوية كثيرة أو بكميات كبيرة فقد تكون في ذلك خطورة عليه، كما أن استخدام أكثر من عقار طبي في وقت واحد قد يجعل من الصعب تقييم فوائد فاعليته في علاج كيمياء الجسم أو سد احتياجاته الحيوية وعموما فإنه حتى عند اكتشاف فاعلية أي عقار يستخدم ويحقق الفائدة المرجوة منه علينا استخدام أقل جرعة ممكنة، فالزيادة عن الحد المؤثر قد تصبح ذات تأثير عكسي ضار (عثمان فراج، ٢٠٠٢).

بالإضافة إلى أنه لم يثبت أن استخدام العلاج الدوائي للتوحد قد حقق نجاحاً في القضاء علي المرض، فبعض العلاجات الدوائية تحمل خطر تدمير الجهاز العصبي، أو أعضاء داخلية أخرى مثل الكبد، والجهاز العصبي لدى الأشخاص

التوحيدين يكون شديد الحساسية، وبعض هؤلاء الأشخاص قد يتطلب علاج دوائي بجرعة أقل من الشخص ذو الجهاز العصبي السليم (الطبيعي) وهناك تفاوت من شخص إلى آخر؛ المبدأ الأساسي هو موازنة الفوائد مع الأخطار، واستعمال تقييم حيادي مع جميع أنواع العلاج الدوائي التي تستعمل من أجل تحسين سلوك الطفل (Grenadine, 1998 في عمر خليل، ٢٠٠١ (٩ع)).

ب- العلاج بالصدمات الكهربائية

في بعض الأحيان يكون استخدام الصدمات الكهربائية مفيد بشرط أن يكون مركزاً ولفترات طويلة بمعدل أربع أو خمس جلسات في الأسبوع الواحد لمدة أربع أو خمس أسابيع ويذكر أوجرمان أنه استخدم هذا النوع خلال ممارسته لعلاج حالات التوحد فقط في الأطوار الأكثر حدة لدى المراهقين (O Gorman, 1970).

ج- الرجيم (الحمية الغذائية)

وفي هذا الإجراء يعطى الطفل المصاب بالتوحد حمية أو نظام غذائي خاص يحتوي على أطعمة خالية من مشتقات الحليب والقمح، وقد أظهر هذا النظام فائدة في تخفيف أعراض التوحد خاصة السلوكية منها (نهله غندور، ٢٠٠٠). ويؤيد هذا الاتجاه العلاجي ياسر الفهد (٢٠٠٠) حيث يرى أننا نستطيع تصور كيفية علاج الأمعاء المرشحة، ربما يفضل بعض أولياء أمور أطفال التوحد وضعهم تحت نظام غذائي خالي من الجلوتين (البروتين الموجود في القمح والشعير) والكازين (البروتين الأساسي في الحليب ومشتقاته) وبعض الآباء الذين جربوا النظام الغذائي أشاروا إلى نجاح جيد، ويمكن عمل تحليل بولي للتأكد من نسبة البيتايد إذا كانت عالية، ويوضح التحليل ما إذا كانت هناك على الأقل حاجة لتجربة النظام الغذائي الخالي من الجلوتين والكازين.

التدخل السلوكي Behavior Therapy (تعديل السلوك Behavior Modification)

تعتبر البرامج التدريبية ذات أهمية كبيرة بالنسبة لهؤلاء الأطفال حيث يمكن من خلال مثل هذه البرامج تنمية مهاراتهم واستعدادهم للتعليم، فيمكن علي سبيل المثال Instance أن يتعلم الطفل من خلال أحد هذه البرامج أن يجلس على الكرسي، أو يحضر تلك الأدوات اللازمة لأداء مهم معينة أو يستخدم التواليت ويعد تنمية مثل هذه المهارات أمراً ضرورياً لإعداد الطفل لتلقى برامج أخرى، إذا تؤدي

كما ترى سكريبمان وكوجل (١٩٩٦) Schreibman & koegel إلى مساعدة الطفل بدرجة كبيرة في تلقى البرامج التالية التي تعد بمثابة برامج متقدمة، ويرى نيوزوم (١٩٩٨) Newsom أن غالبية البرامج التي يتم تقديمها للأطفال التوحيديين في الوقت الراهن تعتمد على إجراءات تعديل السلوك إلى جانب تدريب الوالدين (عادل عبد الله، ٢٠٠٢ - ب).

وهناك مسألة أخرى في سبيل رعاية هؤلاء الأطفال بدأت بعض الدول في أوروبا وأمريكا تأخذ بها ويتمثل ذلك في إمكانية دمج Mainstreaming هؤلاء الأطفال مع أقرانهم العاديين بالمدارس، كما هو الحال بالنسبة للمتخلفين عقلياً، وهذا الدمج بطبيعة الحال لا يمكن أن يكون دمجا كلياً ولكن يكون دمجا جزئياً وخاصة في حصص النشاط، ويرى زيجموند وبيكر (١٩٩٥) Zigmond & Baker أن دمج هؤلاء الأطفال مع أقرانهم العاديين ووضعهم في نفس المواقف معهم يعد أفضل من وضعهم في فصول أو مدارس خاصة بهم، ويضيف ميسيبوف وشيا (١٩٩٦) Mesibov & Shea أن دمجهم مع أقرانهم العاديين بالفصل يحقق العديد من الانعكاسات الإيجابية التي يمكن أن تعود بالفائدة المرجوة عليهم، والتي يمكن أن تسهم في تحقيق العديد من الأهداف التي نسعى إلى تحقيقها في هذا الضدد (عادل عبد الله، ٢٠٠٤ - ب).

و يشير تشارلوب ومبيلستين (١٩٨٩) إلى أن النمذجة Modeling استخدمت لتعليم الأطفال التوحيديين مهارات المحادثة، كما توصلنا إلى أن نموذج الفيديو يعتبر وسيلة ملائمة لتعليم المراهقين التوحيديين مهارات المحادثة، مهارات الشراء والتعميم Centralization (Charlop, Milstein, 1989).

واستخدم كرانتر وماك كلانهاان منهج الكتابة المتلاشية لتعليم الأطفال التوحيديين بدء التفاعل مع الأقران من خلال تعليمهم الاستجابة على الألفاظ والحركات المكتوبة الخاصة بموقفين من مسرحية درامية هما: مطعم هامبورجر، محل حلاق وكان المدرب يشجع الأطفال على أن يفعلوا أو يقولوا محتويات الكتابة مثل (أنا أريد هامبورجر) وتوصل الباحثان إلى أن التدريب على الأشياء المكتوبة عمل إلى نقصان الحاجة للتدعيم والتشجيع الزائد وأظهر الأطفال المتدربين استجابات اجتماعية مرتبطة بالموضوع (krantz, McChnnahan , 1993).

وتقوم فكرة تعديل السلوك على مكافأة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة وذلك في محاولة للسيطرة على

- السلوك الفوضوي لدى الطفل، وترجع أسباب اختيار العلاج السلوكي للتخفيف من حدة إعاقة التوحد إلى عدة أسباب يشير إليها (رمضان القذاقي) على النحو التالي:
- ١- أنه أسلوب علاجي مبني على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس من غير المتخصصين المهنيين وأن يطبقوها بشكل سليم بعد تدريب وأعداد لا يستغرقان وقتاً طويلاً.
 - ٢- أنه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل عملي واضح دون عناء كبير أو تأثر بالعوامل الشخصية التي غالباً ما تتدخل في نتائج القياس.
 - ٣- أنه نظراً لعدم وجود اتفاق على أسباب حدوث التوحد، فإن هذا الأسلوب لا يعير اهتماماً للأسباب، وإنما يهتم بالظاهرة ذاتها دون تعرض لاختلافات العلماء حول أصل نشأتها.
 - ٤- أنه أسلوب يضمن نظام ثابت لإثابة ومكافأة Reward السلوك الذي يهدف إلى تكوين وحدات استجابية صغيرة متتالية تدريجياً عن طريق استخدام معززات قوية.
 - ٥- أنه ثبت من الخبرات العلمية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك بشرط فعالية جميع متطلباته وتوفر الدقة في التطبيق (رمضان القذاقي، ١٩٩٤)

برامج التدخل العلاجي والتأهيلي لأطفال التوحد

من أشهر الطرق والبرامج العلاجية والتربوية التي قدمت لفئة الأطفال ذوي التوحد ومن يعانون من إعاقات التواصل والتي نالت شهره عالمية وتستخدم على نطاق واسع:

برنامج العلاج بالحياة اليومية Daily life therapy

وهو نموذج ياباني قدمته كيتاهارا (١٩٦٤) kitahara من خلال افتتاح مدرسة خاصة في طوكيو لهؤلاء الأطفال وطبقت فيه هذا البرنامج العلاجي وهو منهج تربوي Educational Curriculum يعتمد على إتاحة الفرصة لهؤلاء الأطفال للاحتكاك مع أقرانهم من الأطفال العاديين، وقد طبق هذا البرنامج في مدرسة خاصة للأطفال ذوي التوحد سميت مدرسة هيجاشي Higashi في ولاية بوسطن بأمريكا (١٩٨٧) وفي مدرسة للتربية الخاصة في كندا (إسماعيل بدر، ١٩٩٧).

ويقوم هذا البرنامج العلاجي على مبادئ أساسية هي:-

- ١- التعليم الموجه للمجموعة Group-Oriented Instruction.

- ٢- تعليم الأنشطة الروتينية اليومية Highly Structured Routine Activities.
- ٣- التعليم بالتقليد learning Through Imitation.
- ٤- تقليل مستويات النشاط غير الهادف بالتدريب الصارم (القاس) Reduction of Unproductive Activity Levels Through Rigorous Exercise.
- ٥- المنهج الذي يركز علي الموسيقى والرسم والألعاب الرياضية (الحركة) Curriculum Based on Music , Art and Movement (Quill, et. al, 1989).

برنامج دينفر للعلوم الصحية (DHSCP) The Denver Health Sciences Center program

وقد نشر هذا البرنامج عام (١٩٨١) في جامعة كولورادو من إعداد Rogers وآخرون ويعتمد أساسا على اللعب وتكوين علاقات اجتماعية وتنمية لغة التفاعل الاجتماعي والتفكير الرمزي.

برنامج الاستجابة المحورية Pivotal Response

من وضع Kaegel; dk سنة ١٩٩٥ وبعكس برنامج لوفاس الذي يركز على تنمية مئات المهارات فإن هذا البرنامج يهتم بعدد محدود من المهارات المحورية التي تقود إلى أنواع من التعميم وهو لا يقدم برنامج معين كغيره من برامج التعليم لأطفال التوحد ولكن يؤكد أهمية أسلوب التدريس الذي يمهّد للطفل لاكتساب المهارات الاجتماعية واللغوية معطياً اهتماماً خاصاً باكتساب القدرة علي الانتباه والتركيز التي هي من أكثر نواحي القصور في مهارات طفل التوحد وعلى تنمية الدافعية وحوافز التعلم.

برنامج ايدن Eden Program

يعتمد هذا البرنامج علي تحقيق التكامل بين تنمية المجموعة الأساسية من المهارات الحياتية والأكاديمية مع تنمية التفاعل والعلاقات الاجتماعية كأساس الأنشطة التعليمية في تعاون وتكاتف مع أسرة الطفل، وقد بدأ استخدام هذا البرنامج عام ١٩٧٥ في مدرسة نهائية عرفت باسم معهد ايدن في ولاية نيويورك الأمريكية تكرر خدماته لأطفال التوحد وأسرههم، وفي عام ١٩٨٣ أعلن عن إنشاء مؤسسة ايدن لتمويل المشروع عن طريق التبرعات والاستثمارات المحلية ويستهدف البرنامج تدريب الطفل ودعم نمو قدراته الجسمية والتعليمية إلى أقصى حد ممكن بحيث يحقق أكبر قدر من الاستقلالية Independent والاعتماد على

النفس Self Care في حياته في المجتمع والاستمتاع بحقوقه كمواطن (عثمان فراج، ٢٠٠٢، (ع ٧٢)).

برنامج لوفاس (١٩٨٧) الطفل التوحدي الصغير Ucl , young Autistic Program (YAP)

وهو برنامج قائم على التدخل السلوكي المكثف مبكراً للأطفال التوحديين لمدة ٤٠ ساعة في الأسبوع ويمتد من سنتين إلى ثلاثة سنوات، ويركز هذا البرنامج على أهمية الساعات الأولى للعلاج لإقامة العلاقة الإيجابية التي تسمح بتنفيذ البرنامج بنجاح ويؤكد على المعالج أن يضمن أن الطفل سوف ينجح في تحقيق ما يطلب منه، بمعنى أن نعرف قدراته جيداً ثم نحدد ما يطلب منه وتقليل فرص الخطأ بأن تكون المهمة المطلوبة بسيطة بحيث يستحيل الفشل فيها مع مكافأته عندما ينجح في أداء ما يطلب منه (Iovaas. O, Ivar & Buch Gregory, 1997).

برنامج معالجة وتعليم أطفال التوحد (TEACH) Treatment and Education of Autistic and Related communication Handicapped children

وهو البرنامج الذي أعده سكوبلر Schopler منذ أوائل سبعينات القرن الماضي لمساعدة الطفل على تحقيق قدر مناسب من التوافق عن طريق تحسين مهارات الطفل وإعطاء الأولوية للعلاج المعرفي السلوكي Behavior Cognition والاهتمام بالوسائل والمثيرات البصرية Visual.

برنامج خبرات التعليم (LEAP) Learning Experience

و يتم تقديمه للأطفال التوحد في مرحلة ما قبل المدرسة Preschool وهو كبرنامج يشبه برنامج لوفاز باستثناء استخدامه مع مجموعة صغيرة من الأطفال وليس على أساس فردي مثل برنامج لوفاز.

برنامج تحقيق التواصل بنظام تبادل الصور (PECS) Picture Exchange Communication System (Bondy frost 1994)

و يعد من أوسع البرامج الحديثة انتشاراً والذي أعده بوندي فروست عام ١٩٩٤ Bondy Frost للأطفال التوحديين الذين يعانون من قصور لغوي حيث يبدأ التواصل عن طريق تبادل صور تمثل ما يرغب فيه المدرس أو الوالد الذي يتواصل معه، ويعمل على تحقيق رغباته بعد أن يحضر الصورة التي تتضمن ما يريد أن يفعل.

جداول النشاط المصورة Pictorial Activity schedule

و تمثل أحدث الاستراتيجيات المستخدمة في هذا الصدد وهي مجموعة من الألبومات المصورة للأنشطة اليومية التي يستطيع الطفل من خلالها تعلم المهام والمهارات الاستقلالية والاجتماعية في ضوء إجراءات منظمة ومخططة (Mac Duff, et. al, 1993).

ويأخذ كل منها شكل كتيب صغير يتضمن مجموعة من الصور أو الكلمات التي تشير للطفل بالانغماس في سلسلة من الأنشطة بهدف التمكن من أداء المهام والأنشطة، ومن ثم الحصول على المعززات Reinforcement بدون الاعتماد Independence على التوجيه أو التلقين من الوالد أو المعلم، وقد يكون الجدول مفصلاً، فيقسم المهمة إلى أجزاء مستقلة، وقد يكون بسيطاً حيث يشمل على صورة أو رمز لأداء المهمة كاملة (McClannhan & Krantz , 1999).

وقد تم وضعها وتصميمها في الأساس كي تستخدم مع الأطفال التوحيين حتى يتم من خلالها تعليمهم السلوك الاستقلالي، الاختيار، والتفاعل الاجتماعي على أن يتم قبل البدء في استخدامها معهم تعليمهم المهارات الأساسية التي يتطلبها استخدام هذه الجداول ويعد هذا الموضوع حديثاً علي بيئتنا العربية (عادل عبدالله، ٢٠٠٢ - ب).

ونظراً لتنوع أعراض التوحد فإنه لا يوجد منهج واحد بعينه يصلح للتعامل مع جميع الحالات ولذلك يمكن استخدام بعض أنواع العلاج السلوكي وتعديل السلوك وكذلك مناهج علاج الكلام أو علاج اللغة وتحقيق التكامل في الإدراك الحسي أو في إحساس المريض وكذلك علاج الرؤية Vision Therapy والعلاج بالموسيقى Music Therapy والتدريب السمعي والعلاج الدوائي والعلاج الغذائي (عبدالرحمن العيسوي، ١٩٩٩).

المراجع

المراجع

أولاً: المراجع العربية :

- ١- إبراهيم مذكور (١٩٧٥): معجم العلوم الاجتماعية، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- ٢- أحمد ذكي بدوي (١٩٨٢): معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان بيروت.
- ٣- أحمد عكاشة (١٩٩٢): الطب النفسي المعاصر (ط ٨)، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٤- أرنوف ويتنج (١٩٧١): "مقدمة في علم النفس" ترجمة عادل الأشول، محمد عبدالغفار، نبيل حافظ، عبدالعزيز الشخص "مراجعة عبدالسلام عبدالغفار"، القاهرة، دار ماكجروهيل للنشر.
- ٥- إسماعيل محمد بدر (١٩٩٧): مدى فعالية العلاج بالحياة اليومية في تحسين حالات الأطفال ذوي التوحد، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، ٢-٤/١٢، المجلد الثاني ص ٧٢٧-٧٥٦.
- ٦- إلهامي عبدالعزيز (١٩٩٩): الذاتية لدى الأطفال، مراجعة نقدية ضمن متطلبات الترقية لدرجة أستاذ في علم النفس، اللجنة العلمية الدائمة للترقيات بالمجلس الأعلى للجامعات.
- ٧- بول موسن، جون كونجر وجيروم كاجان (١٩٩٣): أسس سيكولوجية الطفولة والمراهقة، ترجمة عبدالعزيز سلامة ط ٢، الكويت، مكتبة الفلاح.
- ٨- جابر عبدالحميد وعلاء الدين كفاقي (١٩٨٨): معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الأول، القاهرة، دار النهضة العربية.
- ٩- _____ (١٩٩٠): معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثالث، القاهرة، دار النهضة العربية.
- ١٠- _____ (١٩٩٢): معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الخامس، القاهرة، دار النهضة العربية.
- ١١- حسن مصطفى عبدالمعطي (٢٠٠١): الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة (الأساليب - التشخيص - العلاج) موسوعة علم النفس العيادي (٤)، القاهرة، دار القاهرة للنشر.

- ١٢- دومنيك تومى مارتان (١٩٩٣): رعاية الأطفال الذهانيين، ورشة عمل الأوتيزم، القاهرة، مركز سيتي، ديسمبر، ص ١٠٨-١١٨.
- ١٣- رمضان محمد القذافي (١٩٩٣): سيكولوجية الإعاقة، طرابلس، الدار العربية للكتاب.
- ١٤- ريتشارد. م سوين (١٩٧٩): علم الأمراض النفسية والعقلية، ترجمة أحمد عبدالعزيز سلامة القاهرة، دار النهضة العربية.
- ١٥- زينب محمود شقير (١٩٩٩): سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين القاهرة، مكتبة النهضة العربية.
- ١٦- _____ (٢٠٠٤): نداء من الابن المعاق، المجلد الأول ط٢- القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- ١٧- _____ (٢٠٠٥- أ): خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة (الدمج الشامل- التدخل المبكر- التأهيل المتكامل)، المجلد الثالث ط٢- القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- ١٨- _____ (٢٠٠٥- ب): علموا أبناءكم المعاقون عقليا وتربوياً (التخلف العقلي- صعوبات التعلم- التأخر الدراسي- التوحد)، المجلد السادس، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- ١٩- سميرة عبداللطيف السعد (١٩٩٢): معاناتي والتوحد، الكويت، ذات السلاسل.
- ٢٠- _____ (١٩٩٨): برنامج متكامل لخدمات إعاقة التوحد في الوطن العربي، المؤتمر القومي السابع لإتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين بالقاهرة، ديسمبر، ص ١٨٥-٢٤٠.
- ٢١- سهام علي عبدالغفار (١٩٩٩): فعالية برنامج إرشادي للأسرة وبرنامج التدريب على المهارات، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا (كفر الشيخ).
- ٢٢- سهى أحمد أمين (٢٠٠١): مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- ٢٣- شاكر عطية قنديل (١٩٩٦): الاستجابات الانفعالية السلبية لآباء الأطفال المعاقين عقليا ومسئولية المرشد النفسي (دراسة تحليلية) المؤتمر الدولي الثالث لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، ص ٦٢٥-٦٤٣.

- ٢٤- شاكر عطية قنديل (٢٠٠٠): إعاقة التوحد: طبيعتها وخصائصها، المؤتمر السنوي لكلية التربية، جامعة المنصورة ص ٤٥-١٠٠.
- ٢٥- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٢- أ): الأطفال التوحديين، دراسات تشخيصية وبرامجية، القاهرة، دار الرشاد.
- ٢٦- _____ (٢٠٠٢- ب): جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقليا، القاهرة دار الرشاد.
- ٢٧- _____ (٢٠٠٤- أ): الإعاقات الحسية، القاهرة، دار الرشاد.
- ٢٨- _____ (٢٠٠٤- ب): الإعاقات العقلية، القاهرة، دار الرشاد.
- ٢٩- عادل عز الدين الأشول (١٩٨٧): موسوعة التربية الخاصة، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٣٠- عبدالرحمن العيسوي (١٩٩٠): باثولوجيا النفس- دراسة في الاضطرابات العقلية والنفسية مع قاموس عربي/ انجليزي للمصطلحات الفنية دار الفكر الجامعي، الإسكندرية.
- ٣١- _____ (١٩٩٩): فن الإرشاد والعلاج النفسي، بيروت، دار الراتب الجامعية.
- ٣٢- عبدالرحمن سيد سليمان (٢٠٠٢): إعاقة التوحد ط ٢، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
- ٣٣- عبدالرحيم بخيت عبدالرحيم (١٩٩٩): الطفل التوحدي (القياس والتشخيص الفارق)، المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، ١٠-١٢/١١ ص ٢٢٧-٢٤٥.
- ٣٤- عبدالعزيز السيد الشخص (٢٠٠٣): برامج تدريبية لإعداد متخصصين للعمل في مجال التوحد الطفولي، محاضرات الدورة التدريبية في التوحد الطفولي في الفترة من ١٠/٧ إلى ١١/٨، مركز الإرشاد النفسي جامعة عين شمس، القاهرة، ص ٢٦-٣٠٠.
- ٣٥- عبدالعزيز الشخص وعبدالعفار الدماطي (١٩٩٢): قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٣٦- عبدالمنان ملا معمر (١٩٩٧): فعالية برنامج سلوكي تدريبي في تخفيض حدة أعراض اضطراب الأطفال التوحديين، المؤتمر الدولي

- الرابع لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، ٢-٤/١٢
المجلد الأول ص ٤٣٧-٤٦٠.
- ٣٧- عبد المنعم الحفني (١٩٧٨): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، القاهرة
مكتبة مدبولي.
- ٣٨- عثمان لبيب فراج (١٩٩٤): إعاقة التوحد أو الاجترار (١)، النشرة الدورية
لإتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة، العدد
(٤٠)، ص ٨-٢.
- ٣٩- _____ (١٩٩٥): إعاقة التوحد أو الاجترار (٢)، النشرة الدورية
لإتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة، العدد
(٤١)، ص ٨-٢.
- ٤٠- _____ (١٩٩٦): إعاقة التوحد أو الاجترار (٦)، النشرة الدورية
لإتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة، العدد
(٤٥)، ص ١٨-٢.
- ٤١- _____ (١٩٩٦): إعاقة التوحد أو الاجترار (٧)، النشرة الدورية
لإتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة، العدد
(٤٦)، ص ١٦-٢.
- ٤٢- _____ (٢٠٠٠): من إعاقات النمو الشامل، النشرة الدورية
لإتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بالقاهرة، العدد
(٦٢)، ص ١٥-٢.
- ٤٣- _____ (٢٠٠١): من إعاقات النمو الشامل (٤)، النشرة الدورية
لإتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة، العدد
(٦٦)، ص ١٧-٢.
- ٤٤- _____ (٢٠٠٢): برامج التدخل العلاجي والتأهيلي لأطفال
التوحد (٥)، النشرة الدورية لإتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة
والمعوقين، القاهرة، العدد (٧٢)، ص ١٣-٢.
- ٤٥- _____ (٢٠٠٢): الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة، القاهرة
المجلس العربي للطفولة والتنمية.
- ٤٦- _____ (٢٠٠٣): العوامل المسببة لإعاقة التوحد (١)، النشرة
الدورية لإتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة،
العدد (٧٣)، ص ٢١-٢.

- ٤٧- علاء الدين كفاقي (٢٠٠١): تشخيص الاضطراب الاجتراري، القاهرة، مجلة علم النفس، العدد (٥٩)، ص ٦-١٥.
- ٤٨- عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤): خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية على اختبار أيزنك لشخصية الأطفال، مجلة معوقات الطفولة جامعة الأزهر، المجلد الثالث، العدد الأول أبريل، ص ٦٣-٧٢.
- ٤٩- _____ (٢٠٠١): الأساليب الفعالة في علاج التوحد، مجلة معوقات الطفولة، جامعة الأزهر، العدد (٩)، مايو، ص ١٧-٧٢.
- ٥٠- عطيات عبدالحميد ناشد، عبدالفتاح عثمان عبدالصمد وثريا محمود خطاب (١٩٦٩): الرعاية الاجتماعية للمعوقين، مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة.
- ٥١- فاخر عاقل (١٩٨٨): معجم علم النفس، بيروت، دار القلم للملايين.
- ٥٢- فاروق محمد صادق (٢٠٠٤): حقوق الإنسان ذوي الاحتياجات الخاصة وأهم المآخذ القيمية في بناء وتنفيذ الخدمات والبرامج، المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة بجامعة المنصورة، ٢٤-٢٥/٣، المجلد الثاني، ص ٧٠١-٧٢١.
- ٥٣- فتحي السيد عبدالرحيم (١٩٩٠): سيكولوجية الأطفال غير العاديين استراتيجيات التربية الخاصة، الجزء الثاني، الطبعة الرابعة الكويت، دار القلم.
- ٥٤- فرج عبدالقادر (١٩٩٣): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، القاهرة، دار سعاد الصباح.
- ٥٥- فرنسيس ماكيدا (١٩٩٣): الأوتيسم، ثقافته ولغته، وقائع ورشة عمل عن الأوتيزم، مركز سيتي، القاهرة، ديسمبر، ص ٧٩-٨٥.
- ٥٦- فضيلة الراوي وأيمن للبلثة (١٩٩٩): للتوحد، مجلة الحياة، قطر، العدد (١٣).
- ٥٧- كريستين مايلز (١٩٩٤): التربية الخاصة، دليل تعليم الأطفال المعوقين عقليا، ترجمة عفيف الرزاز، عمان، ورشة الموارد العربية للرعاية الصحية وتنمية المجتمع.
- ٥٨- كمال إبراهيم مرسى (١٩٩٦): مرجع في التخلف العقلي، القاهرة، دار النشر للجامعات المصرية.
- ٥٩- كمال دسوقي (١٩٨٨): ذخيرة علوم النفس، المجلد الأول، القاهرة، الدار الدولية للنشر والتوزيع.

- ٦٠- لطفي الشريني (٢٠٠٠): أساليب جديدة لعلاج حالات التوحد، القاهرة، مجلة النفس المطمئنة، السنة الخامسة عشر، العدد (٦٢).
- ٦١- لويس كامل مليكة (١٩٩٨): الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية القاهرة، مكتبة النهضة العربية.
- ٦٢- محمد أنور عشيح (١٩٩٣): الذهان عند الطفل ورشة عمل عن الأوتيزم مركز سيتي، القاهرة، ديسمبر، ص ٤٠-٥٢.
- ٦٣- محمد حسيب الدفراوي (١٩٩٣): الخدمات المختلفة التي تقدم للطفل التوحدي في مصر، ورشة عمل عن الأوتيزم، مركز سيتي، ديسمبر، ص ١٠٢-١٠٧.
- ٦٤- محمد شعلان (١٩٧٩): الاضطرابات النفسية في الأطفال، الجزء الثاني القاهرة، الجهاز المركزي، للكتب الجامعية.
- ٦٥- محمد صبري وهبة (٢٠٠٤): الأطفال ذوو التوحد واضطراب الدمج الحسي، المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة بجامعة المنصورة، ٢٤-٣/٢٥، المجلد الثاني، ص ١٠٤٣-١٠٥١.
- ٦٦- محمد علي كامل (١٩٩٨): من هم ذوي الأوتيزم وكيف نخدمهم للنضج القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- ٦٧- محمد قاسم عبدالله (٢٠٠١): الانطواء حول الذات ومعالجته (اتجاهات حديثة)، عمان، دار الفكر العربي للطباعة والنشر.
- ٦٨- محمود عبدالرحمن حمودة (١٩٩١): الطفولة والمراهقة (المشكلات النفسية والعلاج)، القاهرة، المطبعة الفنية الحديثة.
- ٦٩- نادية إبراهيم أبو السعود (١٩٩٧): الاضطراب التوحدي لدى الأطفال وعلاقته بالضغط الوالدية، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- ٧٠- _____ (٢٠٠٢): فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- ٧١- نهلة غندور (٢٠٠٠): كيف نواجه التعقيدات الملحة لدى الطفل التوحدي الرياض، مجلة عالم الإعاقة، السنة الثالثة، العدد (١٧).

- ٧٢- نيفين مصطفى زيور (١٩٨٨): الأمراض النفسية لدى الطفل والمراهق بدون ناشر، القاهرة.
- ٧٣- ياسر بن محمود الفهد (٢٠٠٠): استخدام حماية الغذاء الخالي من الجلوتين والكازين لمساعدة أطفال التوحد، الرياض، مجلة عالم الإعاقة السنة الثالثة، العدد (١٥).
- ٧٤- يوسف القريوتي، عبدالعزيز السرطاوي وجميل الصمادي (١٩٩٥): المدخل إلى التربية الخاصة، الإمارات العربية المتحدة، دار القلم.

ثانيا: المراجع الأجنبية : References

- 75- Aarons, M. & Gittens, T. (1992): The handbook of autism: A guide for parents and professionals. Lorna Wing, British Library, London, PP. 59-62.
- 76- Aarons, M. & Gittens, T. (1993): The handbook of autism: A guide for parents and professionals. Lorna Wing, New York, P. 11.
- 77- Alcentara, P.(1994): Effects of videotape instructional package on purchasing skills of children with autism, journal of exceptional children, vol (61), No(1), PP.4-55.
- 78- Allen, M.H. ; Lincoln, A.J. ; Kaufman, A.S.(1991): Sequential and simultaneous processing abilities of high functioning autistic and language, Journal of Autism Developmental Disorder, vol. (21),No(4),PP.483-502.
- 79- American Psychiatric Association (1987): Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 3th ed., DSM-III-R, Washington, D.C, Author.
- 80- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 4th ed., DSM-IV, Washington, D.C, Author.
- 81- Autism Society of America (1999): Autism an introduction. Com from the net [http: // www. Autism Society. org](http://www.AutismSociety.org).
- 82- Bailey, A.; Bolton, P.; Butler, L.; Murphy, M.: (1993): Prevalence of the fragile anomaly amongst autistic twins and singletons,

- Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol(34), No(5), PP.673-688.
- 83- Bailey, A. ; Phelips, W. ; Rutter, M.(1996): Autism: Towards an integration of clinical genetic and purr biological perspective, Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol(37), PP.89-126.
- 84- Bauer, S.(1995): Autism and pervasive developmental disorder, pediatrics in Review, 16, PP.130-136, 168-176.
- 85- Benntto, L. ; Rogers, S. (1996): autism spectrum disorders in Jacobson, J.L & Jacobson, A.M. (Eds) psychiatric secrets. New York. Hanley and Belfus. Inc.
- 86- Biklen, D. (1993): communication unbound: How facilitated communication is challenging traditional views of Autism and ability/disability. Teacher College Press, Columbia.
- 87- Bishop, D.U.M. (1989): Autism, Asperger s syndrome and semantic programmatic disorders, Journal of disorders of communication, vol. (14), PP. 107-121..
- 88- Campbell, M; Kafantaris, V;Malone, R; Kowalik, S; Locascio, J. (1991): Diagnostic and assessment issues related to pharmacology therapy for children and adolescent with autism, behavior modification, vol(15), No(3), July, PP. 326-354.
- 89- Campbell, M. & Cueva, J.F. (1995): Psychopharmacology in child and adolescence psychiatry, Review of the past seven years, part 2, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34, P.1262.
- 90- Charlop, M. ; Milston, J. (1989): Teaching autistic children conversational speech using video modeling, Journal of Applied Behavior Analysis, vol(22), No(3), PP.275-285.
- 91- Cohen, D, J. ; Donnellan, A, M. (1985): Handbook of autism and pervasive developmental disorder. New York, Chi Chester Brisbane, Toronto, Singapore.

- 92- David, M.B & Peter, D.H (1998): The child with disability, Second Edition Library of Congress, P.181.
- 83- Dianne, E ; Berkell (1992): Autism: Identification, education and treatment New jersey, Hove and London.
- 94- Frame, C.L & Matson, J.L (1987): Handbook of Assessment in Childhood Psychopathology, New York, Plenum press.
- 95- Freeman, B. J (1986): Evaluation autistic children. Journal of Pediatric Psychology. No(1), PP.18-21.
- 96- Gillberg, C.(1990): Autism and pervasive developmental disorder 'Journal of Child Psychology and Psychiatry vol(31), No(1), PP 99-119
- 97- Gillberg, C.(1992): The world congress international association for the scientific, Study of Mental Deficiency 5th - 9th August, P.389.
- 98- Goldstein.M; Kugo, S; Kusano. N; Meller. E; Dancis. G; Schwarcz. R (1986): Abnormal psychology experiences origins and interventions, little, brown and company, Toronto.
- 99- Gray, C.A (1995): Teaching children with autism to Read social situation, New York, Delmar, PP.219-242.
- 100- Hagberg, B.; Aicard, J.; Dias, K.; Ramos, O. (1983): Progressive syndrome of autism, dementia, ataxia, and loss of purpose: Rett syndrome Report of 35 Case Annals of Neurology, vol(14), PP.471-479.
- 101- Hobson, R . (1986): The autistic child s appraisal of expression of Emotion Journal of Child Psychology and Psychiatry. vol(27) PP.321-342..
- 102- Howlin & Morre (1997): Diagnosis in autism, Report Come from the net, [http: // www. Minds, nih / heal info / disorder / autism /him](http://www.Minds.nih/healinfo/disorder/autism/him).
- 103- Howlin, P.(1998): Children with autism and asperger syndrome: a guide for practitioners and careers, New York, Weinheim, John Wiley & Sons

- 104- James, Balls (1996): Increasing social interactions of preschool with autism through relationship with typically developing peers practicum. Report, Nova Southeast term University, U.S.A, Florida.
- 105- Kanner, L.(1973): Childhood psychosis: Initial study and new insights Washington, D.C.: V.H. Winston, Sons, Inc.
- 106- Krantz, P.; McClannahan, L. (1993): Teaching children with autism to initiate to peers: Effects of A script-fading procedure. Journal of Applied behavior analysis, vol(26), No(1), PP.121-132.
- 107- Krantz, P.; McClannahan, L. (1998): Social interaction skills for children with Autism: A script-fading procedure for beginning recedes, Journal of Applied behavior analysis, vol(31). No(20). PP.191-202.
- 108- Leda, Helen, P. (1993): Dysfunction mend cognitive et manifestations, Psychiatric dons le syndrome de L. X Fragile, Autism et X Fragile Journal of Psychiatric Del, Enfant, xxxvi, PP.5-26.
- 109- Lewis, M & Volkmar, F. (1990): Clinical aspects of child and adolescent development, London: Lea & Febigen
- 110- Lovaas, O. I; Buch, Gregory (1997): Intensive behavior intervention with young children with autism V. California, Dep- of Psychology, Clinic for Behavioral Treatment of Children. Los Angeles, CA. USA.
- 111- Macdonald, A . (1972): Chambers twentieth century dictionary, New Delhi. Journal of Applied Behavior Analysis, vol(26), No(1), PP.89-97.
- 112- Mac Duff, G.; Krantz, P.; McClanahan, L. (1993): Teaching children with Autism to use photographic activity schedules: Maintenance and generalization of complex response chains, Journal of applied behavior analysis, vol(26), No(1), PP.89-97.
- 113- Marchianne, A. (1982): Early Childhood Autism. USA. Illinois.

- 114- Marica, D.(1990): Autism and live in the community. successful intervention for behavior challenges. Pawul H, Co, London.
- 115- McClanahan, L. & Krantz, P. (1999): Activity schedule for children with Autism, Teaching independent behavior. USA, Bethesda, MD.
- 116- Meyers, K & Grossman, B .(1986): Autism: question and answer, Bancroft School, Haddon . Id NJ . Apr.
- 117- Micheal, W.(1999): Microsoft (R) Encorta (R) Encyclopedia 99.
- 118- National Center for Autism (1986): Diagnosis and Classification. London, PP 40 45.
- 119- Nelson, R. Israel, A. (1991): Behavior disorder of childhood prentice hall Englewood Chuffs, New Jersey, Second Edition.
- 120- Osterling, J. & Dawson, G. (1994): Early recognition of children with Autism, A study birthday home video type. Journal of Autism And Development Disorder, vol(24), No(3), PP. 246-276.
- 121- Ozonoff, S. ; Pennington, B ; Rogers, S.(1990): Executive function deficits in high-functioning autistic individuals: relationship to theory of mind. Journal of Child psychology and psychiatry, vol(32), No(7), PP.1081-1105.
- 122- O Gorman, Gerald (1970): The nature of childhood autism, Second Edition, London: Butter Worthies.
- 123- Putter, M., et. al (1993): Prevalence of the fragile anomaly amongst autistic twins and singletons, Journal of child psychology and psychiatry, vol. (34), No(5), PP.673-688.
- 124- Quill, K. (1989): Daily life therapy, A Japanese model for education children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorder, vol(19), No(4), PP.625-635.
- 125- Rimland, B. (1995): Sensory integration therapy Autism Research Review vol. (4), No(2), P.5.
- 126- Roeyers, H.(1995): A peer mediated proximity intervention to facilitate the social interaction of children with a pervasive

- developmental Disorder British Journal of Special Education, vol(22), No(4), Dec, PP.161-167.
- 127- Shah, A. ; Frith, u. (1993): Why do Autistic individuals show superior performance on the block design task ? Journal of Child Psychology and Psychiatry vol(34), No(8), PP.1351-1364.
- 128- Sahakian, W. ; Sahakian, B. ; Sahakian, P. (1986): Psychopathology today the current status of abnormal psychology, Third Edition. F.E. Peacock Publishers, Inc. Itasca, Illinois.
- 129- Schopler, Eric (1982): Evaluation in understanding and treatment of Autism, Triangle. Vol(21), PP.51-57.
- 130- Schwartzs (1992): Case studies in abnormal psychology, John Wiley, National library, Milton Austerely.
- 131- Sharyn Neuwirth; Julius,S.; Peter,S.; Jensen, M.; Rockville,M.(1999): Autism All material in this publication is free of copyright restriction and may be copied reproduced, or duplicated without permission from NIMH ; Com from the net [http://www.nimh.gov / public at / autism..](http://www.nimh.gov/publicat/autism..)
- 132- Siegel Brany (1996): The autistic children under standing and treating autistic spectrum disorder Oxford University Press, U.S.A.
- 133- Smith, Ronald, L. et.al (1999): Teaching table-cleaning skills to secondary students with moderate sever disabilities: facilitating observational learning during instructional downtime. Educational and training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, vol(4), No(3).
- 134- Swetenhan, J.(1996): Can children with autism be taught to understand false belief using computers, Journal of Child Psychology and Psychiatry vol(37), No(2), PP.157-165.
- 135- Toni Hager (1999): Tactile defensiveness, Children, s Academy for Neurodevelopment .& Learning.Com from the net <http://www.Betterendings.org>.
- 136- Watson, Luke, S. (1973): Child behavior modification: A manual for teacher nurses and parents, New York, Toronto, Oxford, Sydney.

- 137- Wing Lorna (1966): Early Childhood Autism, Clinical Education and Social Aspects: Toronto.
- 138- Wolf, S. (1988): psychiatric disorder of childhood. in Kendall, RE; Zealley AK (E.D) Companion to psychiatric studies, London: Churchill Livingstone.



هذا الكتاب

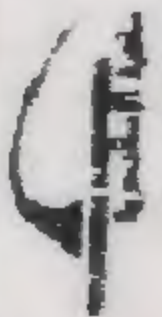
يتناول هذا الكتاب اضطراب التوحد ، وهو أحد الاضطرابات النمائية المنتشرة الذي حاز على الكثير من الاهتمام فى الآونة الأخيرة سواء على الصعيد العالمى أو المحلى ، ويأتى هذا الكتاب كمحاولة متواضعة من جانب المؤلف لإلقاء مزيد من الضوء على ماهية هذا الاضطراب المعقد متناولا بداياته ، تعريفه ، نسبة انتشاره ، أسبابه ، أعراضه ، تشخيصه ، والتفرقة بينه وبين بعض الاضطرابات والإعاقات الأخرى (صعوبات التشخيص والتشخيص الفارق) ، ثم أخيرا أساليب التدخل والبرامج التدريبية التى قد تحد من غزو هذا الاضطراب لأطفالنا .

المؤلف

Bibliotheca Alexandrina



0646854



مكتبة الأنجلو المصرية

THE ANGLO-EGYPTIAN BOOKSHOP



The World of Words & Thoughts